

Université de Montréal

Interventions infirmières de stratégies de transfert de connaissances pour prévenir et dépister
le délirium chez la clientèle âgée

par

Joumana Fawaz

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage

en vue de l'obtention du grade maîtrise ès sciences-option expertise-conseil

Juin 2015

© Joumana Fawaz, 2015

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce rapport de stage intitulé:

Interventions infirmières de stratégies de transfert de connaissances pour prévenir et dépister
le délirium chez la clientèle âgée

Présenté par

Joumana Fawaz

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Dubois, inf., Ph. D., directrice de stage

Nathalie Folch, conseillère recherche et partenariat, Ph. D., membre du jury

Juin 2015

© Joumana Fawaz, 2015

Résumé

Le processus d'évaluation du délirium, soit le repérage, le dépistage et le diagnostic, se veut une pratique collaborative entre préposés, infirmières et médecins. Le rôle de l'infirmière est primordial à ce niveau, d'autant plus que les conséquences du délirium sont graves et peuvent entraîner la mort. Les signes et symptômes du délirium, souvent associés au vieillissement normal de la population ou confondus à ceux de la démence, sont fréquemment sous-dépistés; seulement 13 % des cas seraient ainsi détectés. Il existe des outils validés et fiables qui peuvent aider à dépister le risque de délirium, tel le *Confusion Assessment Method*(CAM). Ce projet de maîtrise a permis de mettre à l'essai, pendant 11 semaines, différentes stratégies de transfert de connaissances (et leur combinaison) auprès d'infirmières (N=9) pour le dépistage et la prévention du délirium. Des questionnaires pré et post interventions ainsi qu'un journal de bord (post-stratégie) ont été complétés par les infirmières, afin d'obtenir leur perception sur le développement de leurs compétences. Il apparaît, selon la perception des infirmières, qu'un outil incluant les critères du CAM, des exemples de questions et d'observations à faire, une formation, des démonstrations et du soutien lors du projet favoriseraient leur apprentissage, le développement de leurs compétences en lien avec le dépistage et la prévention du délirium, ainsi que l'utilisation du CAM. Ce projet permet ainsi d'offrir, nous le souhaitons, plus de connaissances sur les stratégies favorisant le développement des compétences des infirmières.

Mots-clés: stratégies, transfert de connaissances, délirium, dépistage, *Confusion Assessment Method*, CAM, personnes âgées, soins aigus, évaluation.

Abstract

The delirium evaluation process, namely recognition, screening and diagnosis, is intended as a collaborative practice between orderlies, nurses and physicians. The role of the nurse is important at this level, especially since the consequences of delirium are serious and can cause death. Signs and symptoms of delirium, often associated with normal aging or confused with those of dementia, are frequently under-diagnosed, only 13 % of cases are detected. There are validated, reliable tools that can help detect the risk of delirium, such as the Confusion Assessment Method (CAM). This masters project sought to test, for 11 weeks, different knowledge transfer strategies (and their combination) with nurses (N= 9) for the detection and prevention of delirium. A pre and post intervention survey as well as a logbook (post-strategy) was completed by nurses, to get their views of the perceived effect on the development of their skills. It appears, according to the nurses' perception, an elaborate CAM tool that includes details of criteria to evaluate, examples of questions and observations, as well as training, role-modeling and coaching promotes learning, skills development pertaining screening and prevention of delirium, and how to use the CAM. This project offers, we hope, new insight on knowledge transfer strategies that promote development of nursing skills.

Keywords: strategies, knowledge transfer, delirium, screening, Confusion Assessment Method, CAM, elderly, acute care, evaluation

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Remerciements	iv
Problématique	1
But du stage	4
Objectifs de stage	4
Article.....	5
Discussion.....	34
Conclusion	38
Références.....	39
ANNEXE A : Affiche pour présentation du projet.....	i
ANNEXE B : Formulaire de consentement.....	iii
ANNEXE C : Questionnaire pré-intervention	xi
ANNEXE D : Questionnaire post-intervention	xvi
ANNEXE E : Journal de bord	xx
ANNEXE F : Guide du <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM).....	xxvii
ANNEXE G: Critères de rédaction d'articles du <i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i>	xxxvi

Remerciements

Ce chemin qui mène à la fin de la maîtrise fut ponctué d'un nombre exceptionnel d'expériences diverses, tant heureuses que tristes. Il n'aurait pas été le même sans le soutien de toutes les personnes rencontrées sur mon chemin.

Tout d'abord, je tiens à remercier madame Sylvie Dubois, directrice de projet de maîtrise, d'avoir cru à mon projet et en mes capacités de pouvoir le mener à bon port, pour son encadrement, ses judicieux conseils et son temps précieux.

Merci à madame Marielle Roy pour ses conseils et son soutien en tant que personne ressource clinique.

Merci à madame Nathalie Folch pour ses judicieux conseils, son soutien, ses encouragements et d'avoir rendu l'expérience de recherche intéressante.

Merci à madame Sylvie Lafrenière d'avoir accepté de partager son savoir avec générosité, pour ses commentaires constructifs, son soutien et sa disponibilité.

Merci à madame Evelyne Jean pour son soutien et son aide technique.

Merci aux infirmières qui ont accepté de participer au projet pour leur intérêt, leurs commentaires et d'avoir poursuivi jusqu'à la fin.

Merci à mes amies et collègues pour leurs encouragements, leurs commentaires constructifs, leur soutien et leur écoute tout au long de ce périple.

Je désire également remercier le Réseau de recherche en interventions et sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) pour leur soutien financier.

Finalement, j'aimerais exprimer mon immense gratitude à ma famille et à mon mari. Les mots ne peuvent traduire ce que vous représentez pour moi; sans vous, ce périple n'aurait pas été le même. Merci pour votre amour inconditionnel, pour vos encouragements continuels, pour vos conseils et votre soutien infaillible; merci d'avoir cru en mes capacités. En votre honneur, je vous dédicace ce travail.

Problématique

Au CHUM, pour l'année 2012-2013, 38 % de la clientèle hospitalisée était âgée de 65 ans et plus (CHUM, 2014). Étant donné le vieillissement de la population, ce chiffre tend à croître avec les années. De cette population de patients, 10 à 20 % présentent déjà un délirium à l'admission et 25 à 60 % en développeront un en cours d'hospitalisation (Inouye, Baker, Fugal & Bradley, 2006 ; Waszynski, 2007). Toutefois, 13 % seulement seront dépistés. D'ailleurs, au CHUM, pour l'année 2012-2013, 1326 cas de délirium ont été recensés par les archivistes médicaux (CHUM, 2014). Il importe de préciser que ce chiffre est fort probablement inférieur au nombre réel puisque le délirium est souvent sous dépisté (Lemiengre et al., 2006; Waszynski, 2007). De plus, si le médecin n'indique pas le diagnostic de délirium sur la feuille sommaire au dossier du patient, il n'est pas comptabilisé dans les statistiques.

L'absence de dépistage systématique du délirium est néfaste sur la qualité de vie du patient dû à l'augmentation de la durée de l'hospitalisation et de l'intensité des soins, aux recours aux contentions, à un changement au niveau de la trajectoire de soins du patient, à la perte d'autonomie et à une diminution des capacités cognitives et même à la mortalité (Inouye et al., 2006). Pourtant, lorsque dépisté tôt dans le processus de la maladie, le délirium est potentiellement réversible. En implantant des interventions préventives lorsqu'un risque est détecté, plusieurs déliiriums peuvent même être évités (Ramaswamy et al., 2011). Afin d'effectuer le dépistage, le recours à un outil validé s'avère utile, surtout dans un contexte où

les professionnels de la santé ne sont pas formés spécifiquement aux soins à la personne âgée et aux problèmes de santé mentale de cette clientèle.

L'association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO, 2003), le *National Guideline Clearinghouse* (2009) ainsi que le *National Institute for Health Care Excellence* (NICE, 2010) ont émis des lignes directrices sur la prévention et la gestion du délirium. Selon ces lignes directrices, les infirmières devraient être en mesure d'identifier le risque de délirium et de prévenir son apparition, d'effectuer une évaluation régulière des changements au niveau de l'état de conscience, de l'attention, de l'orientation, de la mémoire et de la pensée, de connaître la différence entre les signes cliniques du délirium, de la démence et de la dépression et d'utiliser un outil de dépistage afin d'évaluer objectivement les signes cliniques présents au niveau du changement de l'état cognitif du patient. Le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA; MSSS, 2011) mentionne également l'importance d'évaluer et de surveiller le risque de délirium à l'aide d'un outil de dépistage validé et fiable.

Au CHUM, centre de soins de niveaux tertiaire et quaternaire qui compte près de 1000 lits, l'emphasis est mise sur la culture de gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité des soins. Ceci devrait donc se traduire par le dépistage précoce des risques auprès de la personne âgée, tel que le délirium. Malgré la présence d'un outil de dépistage du délirium, soit le *Confusion Assessement Method* (CAM), peu de déliriums sont dépistés par les infirmières, entre autres, parce que le CAM est méconnu par ces dernières et peu utilisé. Pourtant, cet outil est reconnu comme étant rapide d'administration (moins de cinq minutes), simple d'utilisation et validé avec un taux de spécificité de 89 à 95 % et 94 à 100 % de sensibilité (Waszynski, 2007). Le manque de temps, la surcharge de travail et le manque de

connaissances de l'outil sont souvent rapportés comme obstacles à l'utilisation du *CAM*. De plus, les infirmières mentionnent leur difficulté à différencier le délirium et la démence. En effet, peu de formations spécifiques aux soins à la personne âgée sont offertes à l'ensemble des infirmières, malgré le fait que cette clientèle se retrouve sur toutes les unités et pas uniquement sur les unités de gériatrie. Tous ces obstacles pourraient expliquer le sous-dépistage du délirium par les infirmières.

Tel que mentionné précédemment, les infirmières évoquent ne pas se sentir assez compétentes au niveau du dépistage et de l'utilisation du *CAM*. Ainsi, selon la revue systématique de Steis et Fick (2008), seulement 26 % des infirmières indiquent savoir reconnaître un patient en délirium et peu d'entre elles utilisent les outils validés (Fick, & Foreman, 2000). Pourtant, l'infirmière joue un rôle important dans l'évaluation, l'identification des facteurs de risques du délirium et la mise en place d'interventions (Steis, & Fick, 2008). Ces auteurs ont constaté que les infirmières font une évaluation superficielle de l'état cognitif du patient et dans neuf des dix études on rapporte de faibles taux de reconnaissance du délirium. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les infirmières manquent de connaissances ainsi que par l'absence d'utilisation d'un outil qui permet d'évaluer et de mettre en évidence les symptômes d'un état confusionnel chez le patient. Il est cependant possible de les aider en leur offrant des formations spécifiques sur le délirium et les habiliter à utiliser le *CAM*. Toutefois, la revue systématique d'Oxman, Thomson, Davis et Hayes (1995) rapporte que des stratégies de dissémination à elles seules ne sont pas efficaces. Ils soulèvent que lorsqu'il y a des stratégies de renforcement de la pratique, un changement de pratique est observé; plusieurs stratégies utilisées de façon isolée n'ont peu ou pas d'effet, mais lorsque combinées, l'effet peut être cumulatif et significatif. La reconnaissance des signes

et symptômes, le dépistage rapide et la mise en place d'interventions adaptées à la situation étant les éléments clés qui ressortent des lignes directrices pour prévenir et diminuer les conséquences graves du délirium, il importe donc d'identifier les meilleures stratégies de transfert de connaissances (TC) se rattachant à l'utilisation de l'outil de dépistage *CAM* ainsi que la mise en place de stratégies préventives.

But du stage

Le but du stage est de valider des stratégies de TC et leur combinaison pour le dépistage et la prévention du délirium par des infirmières. Les stratégies retenues favoriseront l'apprentissage des infirmières ainsi que le développement de leur compétence en lien avec le dépistage et la prévention du délirium et l'utilisation du *CAM*. L'originalité du stage repose sur la combinaison et la fréquence des stratégies de TC proposées afin d'accroître l'utilisation du *CAM*, et donc, par le fait même, la prévention et le dépistage du délirium.

Objectifs de stage

1. Identifier les stratégies efficaces de TC pour soutenir les infirmières de médecine-chirurgie dans l'utilisation d'un outil de dépistage du délirium chez les patients âgés en soins aigus.
2. Mettre à l'essai une combinaison de stratégies de TC visant l'application des meilleures pratiques en termes de dépistage et prévention du délirium.
3. Soutenir le développement du jugement clinique lié au dépistage et la prévention du délirium en fournissant des outils et des ressources.
4. Proposer des recommandations quant à la combinaison des stratégies de TC auprès des infirmières de l'unité.

Article

Fawaz, Dubois et Folch. Knowledge Transfer Nursing Interventions: Effectiveness for Preventing and Screening Delirium. *Journal of Continuing Education in the Health Sciences* (Submitted)

INTRODUCTION

Delirium is a common problem that occurs in elderly hospitalized patients. Ten to twenty percent present a delirium upon admission and 25 to 60 % will develop one during hospitalization.^{1,2} However, only 13 % will be detected. Currently, several delirium screening tools exist, but few are used. The absence of systematic screening for delirium has a detrimental effect on the quality of life of the patient by increasing the length of stay and intensity of care, use of restraints, a change in patient care trajectory, loss of independence, reduced cognitive ability and even mortality.¹ However, when detected early in the disease process, delirium is potentially reversible. By implementing preventive interventions when a risk is detected, several deliriums can even be avoided.³ In order to adequately screen, the use of a validated tool is useful, especially in a context where health professionals are not specifically trained to care for the elderly and mental health problems of these clients.

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO),⁴ the National Guideline Clearinghouse⁵ and the National Institute for Health Care Excellence (NICE)⁶ have issued guidelines on prevention and management of delirium. Under these guidelines, nurses should identify the risk of delirium and prevent its occurrence, conduct a regular assessment of changes in the state of consciousness, attention, orientation, memory and thought, know the

difference between clinical signs of delirium, dementia and depression and use a screening tool to objectively evaluate the clinical signs present at the change of the patient's cognitive state.

The Confusion Assessment Method (CAM) was developed in order to enable clinicians who have no training or expertise in assessing the mental condition, detect delirium. It allows to assess the presence, severity, and fluctuating characteristics of delirium and can distinguish dementia from delirium.² Recognized and deployed internationally, this tool is known as rapid of administration (five minutes), easy to use and validated, with a specificity rate of 89-95 % and 94-100 % sensitivity.² Unaware of the existence of a screening tool, lack of time, work overload and lack of knowledge of the tool are commonly reported as barriers to its use.² Furthermore, nurses mention their difficulty differentiating delirium and dementia. Indeed, no specific training to care for the elderly are offered to all nurses, despite the fact that clientele is found on all units, not only on geriatric units. This could explain the under-screening of delirium by nurses.⁷ The recognition of signs and symptoms, early detection and the development of interventions tailored to the situation being the key elements to prevent and reduce the serious consequences of delirium, it is important to identify the best knowledge transfer strategies (KTS) relating to the use of a screening tool, as well as the establishment of preventive strategies.

Following a systematic review on the use of CAM performed by Wei et al.,⁸ the authors mention that its use contributes to improved screening, but that training and practice on its use are appropriate. A study⁹ which included a training component, a case study and

explanation of the CAM, demonstrated that these KTS helped enhance delirium screening abilities and promoted the use of a standardized tool.

As mentioned above, nurses evoke not feeling competent enough to screen and use the CAM. This can explain why only 26 % of nurses indicate being able to recognize a patient in delirium¹⁰, and few of them use a validated tool.¹¹ Steis and Fick¹⁰ found that nurses perform a superficial assessment of the patient's cognitive state and in nine of the ten studies reviewed, a low recognition rate of delirium was reported. It is however possible to help them by providing specific training on delirium and empower them to use the CAM. The systematic review of Oxman et al.¹² states that dissemination strategies alone are not effective but when combined with practice reinforcing strategies, the effect can be cumulative and a change occurs.

Several studies have evaluated the KTS that not only develop nurses' knowledge of delirium, but also on the use of a screening tool.¹³⁻¹⁵ Indeed, Law et al.¹⁵ explored, with a questionnaire, nurses' perception on the use of a screening tool, knowledge and barriers for delirium assessment and treatment. Nurses expressed their need for training for screening and preventing delirium. Meako et al.¹⁶ evaluated the effect of one KTS, hence lectures, and conclude that this KTS was effective. However, the post-lecture questionnaire was administered almost two days maximum after training. Ramaswamy et al.,³ on the other hand, evaluated the implementation of an interdisciplinary structured training program for the screening, prevention and management of delirium, spread over two days. This program consisted of various KTS, such as lectures, written materials, videos and case studies. Results demonstrated that by diversifying and combining KTS, professionals report being more

comfortable to use the CAM to screen and have more knowledge about delirium. In addition, the use of various strategies ensures change sustainability.¹⁷⁻¹⁹ In addition to classroom training, Lemiengre et al.⁷ produced a poster, which highlights the principles of the CAM and placed it at the nursing station. This poster was used as a checklist reminder for nurses and they appreciated having this visual medium. For their part, Gesin et al.¹⁸ studied the impact of a nurse's training program, consisting of various KTS such as a lecture, an e-learning module and demonstration or role-modelling at the bedside of at least one patient. According to these authors, in addition to combining KTS, we must ensure that the strategies seek different senses, to maximize the acquisition of knowledge by nurses and meet the different learning styles. Demonstration at the bed-side was also studied by Scott, McIlveney and Mallice,²⁰ and underline that offering a demonstration of the administration of CAM at the bedside allows sustainability of the desired change in practice. Coaching or support was also explored by various authors, either it was on a voluntary basis,⁷ provided by colleagues²¹ or delirium expert nurses.^{14,21,22} This KTS demonstrated positive effect. However, as many of the studies explored, most failed to evaluate the outcome of each KTS alone, but rather as a whole when they were combined with other KTS, which makes it difficult to identify efficient KTS.

As for finding the perfect KTS, many authors^{5,23,24} stipulate there is none that can apply to all situations, hence the importance of a thorough assessment of the setting and the end users of the knowledge. Also an assessment of barriers and facilitators in order to adequately choose KTS is of high importance. Baker et al.²⁵ reported that interventions tailored to the context are effective, but it seems difficult to choose interventions on the basis of the identified barriers. This difficulty reached the conclusion of a systematic review by Grimshaw et al.²⁶ which stresses that interventions can be effective in some situations, but no

single intervention appears effective in all cases. This study supports the fact that diverse interventions are effective and complementary; however, it remains difficult to identify what makes the winning combination. Research work is still needed in this area.

Nurses, being the professional that is at the patient's bedside 24h a day, seven days a week, they are the ideal professionals to identify, prevent and manage delirium. However, nurses are trained to be generalists and develop an area of expertise with informal training on a department. This experimental project sought to explore the effectiveness of five KTS, as well as their combination and their perceived effect on knowledge acquisition and skills development on delirium detection and prevention amongst nurses, in an acute medical setting. This project was conducted in terms of a stage for a master's degree. The objectives were: (1) to identify efficient KTS to support nurses in the use of a screening tool for delirium in elderly patients in a medical acute care setting; (2) test a combination of KTS that promote implementation of best practices for delirium screening and prevention and; (3) support nurses' skill development in terms of screening and prevention of delirium, by providing them with tools and resources.

METHODS

Study Design

The study took place in a 1000 bed French teaching hospital in Montreal, Canada, which provides tertiary and quaternary care to the greater Montreal area. The chosen medical ward was recognized for its head nurse's and staff's stability, and was amongst the wards with

high rates of delirium and elderly patients per month. Since some specific training on delirium screening was being conducted on several wards, they were excluded from the study to prevent contamination of the field as well as wards closely working with the lead author (LA) to prevent possible bias. We reviewed the literature about effective KTS and selected tools to be used while planning for this project. The literature review permitted us to select the knowledge-to-action (KTA) framework,²⁷ which was for us, the best conceptual model for our project, since it is an interactive and dynamic process, and includes knowledge users in the entire process.²⁸ The toolkit²³ on implementations of guidelines, produced by the RNAO, was used to plan and structure the project since it provides direction on how to plan and implement a set of strategies to achieve success in change. A meeting with the head nurse of the chosen ward was held in order to assess possible barriers and thus help select appropriate strategies to address them prior to implementation of the project.

Following the review of the literature on the matter, five KTS were chosen. Interventions consisted of home readings (S1), classroom teaching (S2), case studies (S3), role-modelling (S4) and coaching (S5). While planning for the KTS and gathering current documents and tools at the hospital; it was brought to our attention that the current CAM tool used needed to be improved by adding examples of questions and observations for delirium screening, not only the criteria and symptoms, as it currently was. Hence, the LA developed a more complete tool with examples of questions and observations, based on the existing literature, and included in the tool, precipitating factors and general interventions for delirium prevention. The tool was then revised by a gerontologist specializing in delirium, as well as the gerontology clinical nurse specialist. The tool was to be explained during S2 and used

during S3, S4 and S5. Table 1 details each of the KTS, as well as their duration and some particularities.

TABLE 1: KTS Description

Strategy	Description	Duration/Frequency	Particularities
S1 Home readings	<ul style="list-style-type: none"> • USB key containing reading documents or website links to documents was given to each participant by the LA • Four documents to read as follows: <ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2009). <i>OPTIMAH « Le délirium chez la personne âgée- à l'intention du personnel soignant »</i>. Montréal, Canada : CHUM.²⁹ • Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., & Ouimet, M-A. (2005). Confusion Assessment Method. Validation d'une version française. <i>Perspective infirmière</i>, 3(1), 12-22.³⁰ • Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2014). <i>Chapitre du guide clinique intitulé « Soins du patient atteint d'un délirium ou à risque de l'être »</i>.³¹ Unpublished document • Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] du Québec [MSSS] 	<ul style="list-style-type: none"> • Participants had two weeks to read the documents 	<ul style="list-style-type: none"> • All documents were in French • Documents were chosen after consulting with the gerontology clinical nurse specialist • LA made sure all nurses knew how to use a USB key and consult the documents; assistance was provided to two participants

Strategy	Description	Duration/Frequency	Particularities
	<p>(2011). <i>Delirium. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier</i>. Québec, Canada : Direction des communications du MSSS du Québec.³²</p> <p>Available online at : http://publications.msss.gov.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-08W.pdf</p>		
S2 Classroom teaching	<ul style="list-style-type: none"> • 45 minutes, interactive training aimed to build on the readings • Themes: symptoms, causes, best practice guidelines, interventions, clinical documentation, and the CAM 	<ul style="list-style-type: none"> • S2 and S3 were combined in one 90 minutes workshop • Three sessions of S2-S3 were given by the LA; each had 3 participants of the same shift, in a place on their ward, and held before or after their shift 	<ul style="list-style-type: none"> • Themes contained in the training was developed according to the needs identified in the results of the PRE IQ, then compared with themes identified in the literature • Accreditation obtained for the session
S3 Case studies	<ul style="list-style-type: none"> • 45 minutes session to work on three case studies on different types of delirium 		<ul style="list-style-type: none"> • Participants worked as a group on the case studies
S4 Role-modelling	<ul style="list-style-type: none"> • LA demonstrated how to evaluate and use the CAM at the patient's bedside, how to chart and choose appropriate interventions charting, interventions and where to find tools and resources on the intranet relating to delirium • Selection of patients was done by the LA, on a daily basis and according to pre determined criteria, following 	<ul style="list-style-type: none"> • Began the week after S2-S3 • Four weeks period • Each participant received three role-modelling sessions • Each session lasted 20-30 minutes, during their duty shift 	<ul style="list-style-type: none"> • When possible, a maximum of two participants were included at the same time, and if patient's condition permitted it • Role-modelling sessions planned with the participants, according to the

Strategy	Description	Duration/Frequency	Particularities
	<p>delirium screening best practice guidelines. 75 years and older; 65 years and older with one or more of the following criterion: history of stroke or delirium, high risk of delirium detected at admission and reduced mobility; and all patients 65 years and older and actively in delirium</p> <ul style="list-style-type: none"> • After each S4 session, a debriefing period at the nurses' station with the participant(s) was conducted 		best time for them since it was performed on their duty shift
S5 Coaching	<ul style="list-style-type: none"> • Individually with the LA, each participant would administer the CAM at the bedside (same selection criterion as S4), followed by a feedback period at the nurses' station by the LA, then charting 	<ul style="list-style-type: none"> • Five weeks period • Three individualized coaching sessions per participant • Each session lasted 20-40 minutes, during their duty shift 	

Target Population, Eligibility criteria and Sample

The target population in this study were nurses working on the chosen medical ward. All nurses on this ward were eligible, except for the head nurse, as long as they were available to participate throughout the project. Three nurses per shift (day, evening and night) were required, for a total of nine, and the enrolment was on a voluntarily basis. Six information sessions (15 minutes each) explaining the project were held by the LA in order to recruit

nurses, and posters promoting these sessions were placed on the ward, two weeks before. Participants wishing to enrol in the project had to complete a consent form approved by the ethics committee of the hospital's research center.

Data Collection and Analysis

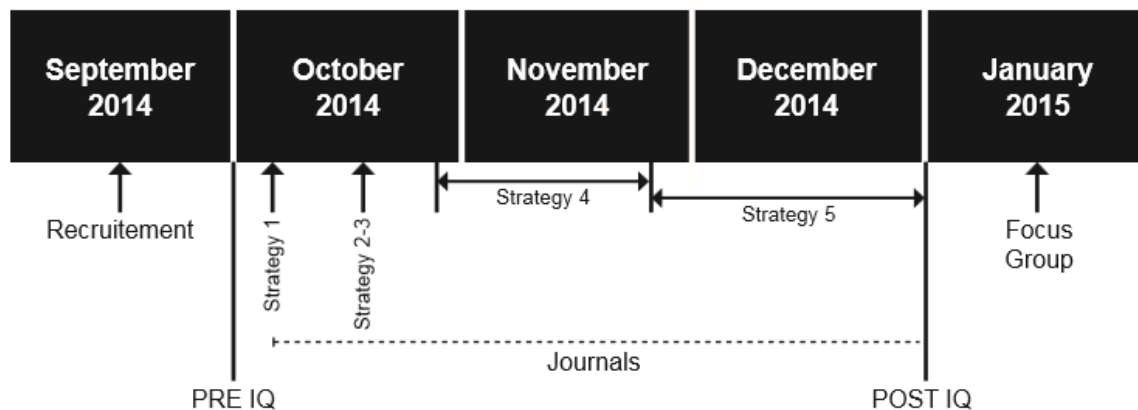
Data was collected between October 2014 and January 2015. Qualitative and quantitative data were obtained from three different sources: questionnaires, journals and focus-groups. A denominated questionnaire was administered pre and post intervention (PRE IQ & POST IQ). The questionnaire sought to determine nurses' perceived level of knowledge and skills for screening, preventing and managing delirium; to permit participants to reflect on current practice; and assess if they had received some training about delirium and screening tools. The questionnaire was previously validated to assess clarity of questions amongst 12 bedside nurses. The PRE IQ was completed before KTS and POST IQ was completed at the end. The PRE IQ contained five socio-demographic questions, fourteen questions marked on a five point Likert-type scale (strongly agree, agree, neutral, disagree and strongly disagree), two questions with multiple choice answers and two yes or no questions.

As KTS began, participants were required to complete a journal with specific open ended questions for each KTS. Open ended questions were about perceived usefulness and influence on practice, and facilitating knowledge acquisition and integration. Individual journals facilitate reflexivity, allow participants to describe their own experience and liberty to write what they felt. Journals were collected and compiled at the end of all KTS, which permitted a first data analysis, and preparation for the focus groups. The POST IQ completed contained the same questions as the pre intervention questionnaire, except for socio-

demographic questions and the two questions about delirium training received in the past. Results of the PRE and POST IQ were compared in order to see perceived influence of KTS on knowledge acquisition and skills development.

Two focus groups were held to collect final data, learn more about nurses' experience and perception, permit clarification around notions reported in the journals, and allow comments about the developed CAM tool by the LA. They took place on the same day, at two different time slots, lasted 90 minutes each, and were conducted by the LA. Two nurses were not able to participate. With their permission, they were taped, their conversation transcribed and analyzed. Figure 1 demonstrates a visual summary of the timeline of KTS and data collection. Data obtained from all three sources were analyzed manually by LA, and major themes based on the project's objectives were identified through inductive analysis. To enhance objectivity, the third author independently analysed the data. Final themes were discussed amongst all authors. Minor amendments were made on themes.

FIGURE 1 depicts a timeline of the KTS and data collection



Ethics

This project, as well as all documents used and administered to participants received ethical approval by the Institutional Review Board of the hospital. No modifications were required. Written informed consent was obtained by each nurse participant and a copy of the signed form was given to them.

RESULTS

A total of nine nurses, three per shift, were recruited, and coincidentally, all three assistant head nurses enrolled in the study. Table 2 describes the socio-demographics of the participants.

TABLE 2. Participants' socio-demographics

Characteristics	Individual (n=9)
Gender	
F	9
Age	
20-39	3
40-59	6
Education level	
Cegep	6
University	3
No. of years in the profession	
0-10	5
11-30	0
31-40	2

No. of years in the ward	
0-15	6
16-30	3
Training previously received	
Delirium training	2
CAM training	0

Although nurses in our study regarded delirium screening as important (9/9), a distinct lack of knowledge and skills resulted in them feeling that their screening practice prior to the project was inadequate (7/9). Results obtained from the PRE and POST IQ demonstrate an overall perceived increase of 50 % in knowledge acquisition and skills related to screening, preventing and managing delirium following the combination of all KTS. Two thirds of the participants reported an increase in knowledge acquisition and knowing how to use the CAM, an improved confidence level in their ability to screen, manage and prevent delirium. All participants reported feeling confident about using the CAM and mentioned using it to screen. The content analysis from the journals and focus-groups indicated three major themes, which are structured and presented in relation to the project's objectives.

Effective KTS

Each KTS was evaluated individually and some seem to have more impact than others. For S1, all participants mentioned that reading had an influence on their practice. However, they reported that readings were too lengthy, but permitted knowledge acquisition as an end result. As one participant mentioned:

You realise that, at the end, even if there was a lot of repetition, it helped to gain knowledge and there are still a lot that I didn't retain...

During the focus groups, participants reported that the chapter of the hospital's clinical guide, as well as the developed CAM tool were the most useful documents because they were clear, precise and concise, and will be used as future reference.

All participants agreed that S2 will influence their practice, especially for the screening process, which was also demonstrated with the results of the questionnaire. It was perceived as completing S1 since it permitted to review knowledge, clarify misconceptions and get answers to questions that arose while reading. The training was found to be concise, clear, and interesting because it was interactive, and the allotted time was enough for two-thirds of the participants. As one participant reported in her journal:

The training was essential. It permitted me to clarify some notions that were not well understood in the documents read.

Some participants mentioned that despite receiving S1 and S2, they still did not feel confident to screen delirium. Several participants suggested that S2 should be given to all staff of the organization.

S3 was found to be helpful by some participants in order to practice asking the questions and apply knowledge acquired, and some mention that it would be impossible without it. Conversely, during focus groups, it arose as a less appreciated KTS since it was a written case study, not a real case and it was difficult because they found they were missing data.

Participants unanimously appreciated S4 since it was concrete and with real patients. They reported learning and feeling more prepared to conduct assessments and it's influencing

their practice by allowing them to adequately identify symptoms and see which questions to ask questions and how to ask them. The feedback period after the role-modelling sessions was much appreciated by the participants since it permitted them to debrief, ask questions and comment. It also made them realise that they do several parts of the evaluation; it seemed more concrete, structured and it allowed them to put words on what they were doing. As one participant mentioned:

I realised we already do the screening.... but now it's more concrete.

Repeating S4 three times allowed them to see different examples and ways to evaluate different patients and participants' levels of confidence increased, but were still a little apprehensive of having to evaluate on their own. Only one participant reported that one session of S4 would have been sufficient since she had over 25 years of experience. A difficulty that was brought up with S4 was finding enough patients in delirium in order to perform the demonstrations of the evaluation.

Before any of the KTS, several nurses claimed to possess some knowledge about signs and symptoms, although they seemed to lack skills on how-to screen the patients. Participants unanimously indicated that S5 helped them greatly in increasing their confidence level in regards to screening and managing delirium. They felt the tailored coaching sessions met their specific needs, supported them in developing their skills and to adequately use the CAM and that they had a model to follow. One participant identified S5 as a success factor since, compared to traditional methods used, they were not left alone; they knew they could count on the coach to guide them and answer their questions right away. Participants also reported consulting the CAM tool before going to assess patients and really appreciated it. In the

journals, it was reported that S4 and S5 go together, but mentioned during focus groups that if they had to choose only one of them, they would choose S5. Eight of the participants reported that they would have liked more than three coaching sessions in order to see several types of patients with delirium.

When it came to charting observations, evaluation and choosing preventive interventions, nurses reported that S4 and S5 helped them greatly. They mention that since they never really know what and how to write, or how to choose appropriate preventive strategies, it helped them greatly to see what the role model charted and how to choose the strategies.

Effective combination of KTS

According to the data collected in the journals, all KTS were effective, to a certain extent. One participant mentioned that, although she received S1, S2 and S3, she still did not feel confident enough to screen for delirium and was looking forward for S4 and S5 to increase her confidence level regarding delirium screening and management. During focus groups, the other participants also agreed that having only S1,2 and 3 would not have been sufficient for skill development but they were needed to increase knowledge. As possible effective KTS combination was discussed during focus groups, nurses expressed frustration concerning the current traditional ways of training; they felt left on their own very often, with no reference and requested support. Therefore, S4 and S5 made a real difference for them and reported these two KTS as useful, necessary for any training and as the most privileged ones amongst the five KTS tested. As one participant reported:

We received some training or readings to do and sort of have to manage ourselves you know... coaching was really helpful for me. We saw how to do it and you know that's what you have to do.

During the focus groups, participants were asked about the perfect combination of KTS for skills development, eight of the nine participants mentioned that it would be S2, S4 and S5 and mentioned the order it should be performed in.

Development of Clinical Judgement

All participants reported feeling more confident about screening delirium post intervention. In their journals, they reported that each KTS permitted knowledge and skills acquisition and a perceived influence on their practice. As one participant reported:

You know, when we started using the new charting document which included the CAM section, I used to just write down some observations because we had to complete it. Now this section makes more sense to me... I understand it more and know how to complete it correctly.

They mentioned that the referral documents reassured them of not having to memorise the content and knew what documents were at hand for future reference, knew where to find them and this will help them to continue developing their skills. They especially appreciated having the CAM tool as they could refer to it before undertaking an evaluation, as it was clear, concise and precise. Furthermore, participants reported that having a role-model and a coach

permitted them in identifying areas of improvements, asking their questions and being guided in their skills development. One participant reported:

We realised that with you, we go further now in our questioning and we understand more what we are looking for.

Participants also perceived an increase in their clinical judgement and agreed that delirium screening was different from one patient to another. Two participants reported:

It was different from one patient to another; you adapt yourself according to the case.

You ask questions, and according to the responses, you ask other questions....At the end, it's a case by case.

DISCUSSION

As mentioned previously, nurses acknowledge the importance of screening and acting quickly to manage delirium. However, a lack of knowledge about delirium and screening tool seems to play a big part in this under recognition.⁷ Their generalist education does not seem to provide many opportunities for that, as only two of the participants reported they've had some training about delirium and the CAM. In order to help nurses recognize delirium and manage it, they must be provided with specific education and training opportunities,⁷ as well as guidance and training to properly use the CAM.^{8,13} Hence, it often pertains to their practice environment to help them close this gap in knowledge. Our study reinforces some of the work previously done on KTS pertaining to delirium screening and management. All five KTS tested had an influence on knowledge acquisition, and a progression in perceived skills

development as strategies were being conducted was observed. This project contributes to the current literature since, to our knowledge, it seems to be the first to evaluate the perceived efficiency by the participants of each KTS independently, apart from evaluating the effect of their combination.

Although the readings were found to be lengthy and repetitive, the participants found them useful for acquisition or update of knowledge, and as influencing their practice. However, during focus groups, participants proposed that this strategy be optional for those who wished to read prior to a class training. It can be due to the timeline effect, meaning participants had time to rethink about each KTS and have a different opinion once the focus groups were held or it can be due to exposition to the other KTS that were found to be more influent. Furthermore, it could be that nurses are accustomed of having written documents, and thus don't see it as a KTS. Interestingly, studies that have looked at KTS in regards to delirium did not use readings as a strategy, but instead provided them to their participants during educational meetings. Readings selected for this project meant to respond to the lack of knowledge identified by nurses and to build on the expected knowledge gained from these readings during classroom training. Although this KTS is low cost, it can be available online or digitally, it should be questioned for future reproduction of this project, as well as the combination of readings.

Classroom training is a widely used KTS,^{3,7,9,12,16,18,21,23,33,34} whether it is in classroom or interactive computer training, and has had mixed effects. In our study, it was identified as meeting their need for knowledge, the content and method were satisfactory and participants stressed the fact that it should be given to all personnel. They even compared it to other teachings they've had in the past. It would have been interesting to see what made this training

stand out. It could have been that the content was new to them with seven of the participants mentioning that they've never received any delirium training in the past, or that this training was interactive, or it may be due to the cumulative effect of reading and then reactivating the knowledge gained in readings during the classroom teaching. Despite this strategy being appreciated, some participants did not feel confident yet to screen for delirium. This correlates findings in other studies^{12,19,26} that mention that dissemination strategies such as readings and classroom teachings demonstrate little change when used alone, are insufficient for long term improvement⁷ and should be combined with other strategies.²³

Several studies^{3,9,33,34} combined case studies with classroom training and have reported improvement in delirium assessment. However, these studies evaluated the KTS as a whole but failed to evaluate each of these KTS apart. Our participants reported in their journals that S3 permitted integration of knowledge and to practice screening with the CAM but that this strategy could be improved by adding more information to the scenarios and allow more time for practise. However, during focus groups, mixed comments arose, reporting that it was a less appreciated strategy since it's a written case study and if they had to eliminate one KTS, this would be it. These mixed comments could be due to the time-line effect or that the KTS that came after, met their learning needs. On the other hand, they proposed improvements such as using a video demonstration of the assessment or role-play by the educator. Curiously, these methods were used in two studies^{3,21} and had a positive impact. Hence, these avenues should be explored in order to improve the impact of this strategy in future reproduction of this project.

A unique aspect of this project was going further than classroom demonstrations on how to use the CAM, and going directly at the bedside of patients three times for role-modelling. Contrary to the few studies^{18,34} who have done so on a one-time-basis, not only did our participants recognize that role-modelling increased their ability to evaluate and use a screening tool, but were also able to identify how it influenced their practice, such as being able to adequately identify symptoms and questions to ask. They were also pleased to see the role-model administer the CAM three times with different patients and be able to discuss the evaluation afterwards. This allowed them to see different ways of evaluating, how to adjust to different situations and get answers to their questions, and permit critical thinking.

Coaching was also popular amongst all our participants. It seems to be more appealing to nurses because it might be perceived as having more clinical utility.²¹ In fact, all participants reported this strategy as having an influence on their practice, that it allowed knowledge application and consolidation and it was easier since it was preceded by role-modelling. They also appreciated the feedback period that followed the administration of the CAM as it allowed them to ask questions and be provided with feedback about clinical performance, which facilitates change.^{12,35} It was also appreciated as we looked at charting and preventive interventions, areas under looked in previous studies. It was also reported by our participants that this strategy encouraged further thinking and clinical judgment, and amongst all the KTS tested, it was the most privileged one. They also reported that coaching sessions would have been welcomed, which clearly demonstrates the impact it had on their skills development and confidence.

Despite having carefully planned the project and finding patients that fit the selection criteria on the chosen department was not supposed to be an issue, we were faced with a challenge during the implementation of S4 and S5. Indeed, as we held the role-modelling sessions, we noticed that it was more educational to the participants when patients were in delirium; hence we privileged these patients and made sure that each participant had at least one patient in delirium for S4 and one for S5. Since we had to perform S4 almost 50 times and S5 54 times with a tight schedule (4 weeks for each strategy), and that there were exceptionally low rates of delirium patients during that phase, we had to readjust and plan role-modelling sessions with delirium patients on other departments, with the participants of the study. This required further planning and coordination. Some of the participants enjoyed this experience, but others were not comfortable evaluating a patient they had never seen before and on another department. Hence, this is an important factor to take in consideration for future project planning.

Since our participants were exposed to all KTS and reported an increase in knowledge and perceived skills development, we do acknowledge that all five KTS contributed to a certain extent to this increase. However, since they were exposed to all five, it was also possible for them to identify which strategies had more impact. Consequently, we challenged the participants during focus groups to tell us which strategies could be part of a winning combination for a successful knowledge transfer. Not only did they mention which strategies, but the order they should be held in, demonstrating a development of skills as different KTS are implemented and supports the body of evidence^{3,12,17,19,24,26} for using multiple KTS to promote and sustain change.

As mentioned earlier, the cumulative effect of strategies permitted development of a clinical judgement in regards to delirium assessment and management. By conducting all five KTS one after the other, we believe that knowledge gained was reactivated and used during each KTS and build upon developed skills. This supports studies mentioning that reminders and reiteration of knowledge is needed to allow nurses to pursue development of their clinical judgment.^{12,21} Participants also mentioned that providing them with educational material and resources^{9,19,21,22,34} and opportunities to apply their knowledge¹³ contributed in increasing their confidence about delirium assessment and developing their clinical judgement.

Our work also supports previous observations such as screening is more effective if a screening tool^{7,9,10,33} is used. Our participants reported that administration of the CAM was easy, perhaps because they already evaluate some of the symptoms of the CAM and needed guidance to apply these data in the appropriate categories. They also reported consulting the guide before going and administering the CAM and it was definitely a resource for them for their future practice.

When participants were asked if they felt they could be a resource for their colleagues, it was clear they would be but needed help and support to do so. One nurse even mentioned she would have liked to see her colleagues in action and this could help to pursue skills development, which supports the idea that investing in nurses who can act as resources^{21,22} and change agents are an option and should be looked into. Gesin et al¹⁸ suggest the concept of *train the trainer* and these change agents seem to make a difference in the implementation of evidence into practice. Further research is needed to explore this.

This project intended to shed more light about which KTS are most effective specifically for delirium screening and management, as most studies evaluate the outcome of a program. Barriers to change in practice setting need to be identified and addressed, which allows adaptation of KTS to the setting. This project has several limitations that should be noted. Since recruitment was on a voluntary basis, it is possible that only motivated nurses were recruited, and hence have influenced positively our findings. Also, since our sample size was small, it is not possible to generalize the findings. Other factors were also reported by our participants that could have influenced the positive results of the project but are beyond the scope of study of this project. Interestingly, these factors are also reported in the literature^{17,35} as factors influencing implementation and should be explored in future projects. For example, participants reported that the educator was passionate about the topic, an effective communicator, seen as a resource, and they appreciated the flexibility³⁵ of the coach. Furthermore, although support and involvement of managers was raised by several authors^{3,7,13,15,36,37} as a factor facilitating knowledge transfer and maintaining long-term best practices, it was beyond the scope of our study as well. However, when the department was chosen, we ensured that we had the collaboration of the head nurse, which could have also influenced our results.

CONCLUSION

This project provides information about affective KTS amongst nurses working at patients' bedside on an acute hospital ward to ensure screening, management and prevention of delirium. Three themes emerged from the data analysis, hence effective KTS, effective

combination of KTS, and development of clinical judgment. Other studies that have researched KTS for delirium show similar results, indicating that a fundamental part of nurses' training needs is under looked in the hospital setting today. This is an imperative clinical concern, in order to improve efficiency of the KTS chosen. Still, the study begins to give insights into how a combination of KTS may positively influence knowledge acquisition, and skill development, therefore enhancing nursing skills and their role in evaluation.

Lessons for practice

- Combining KTS seem to increase knowledge acquisition and skills development
- Role-modelling and coaching can be time and resource intensive; however they seem to be of the most efficient KTS
- Using a screening tool can improve delirium assessment. However, it is important to provide training and opportunities for nurses to practice and develop their skills
- Providing nurses with a concise and precise CAM guide is perceived as useful to maintain and help in continuing skills development for delirium assessment

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank all the nurses who participated in the project, as well as their head nurse. They would also like to acknowledge the RRISIQ and the CHUM for their contributions to this project (Grant No. 50800), as well as the contributions of Sylvie Lafrenière, Marielle Roy, Dania Fawaz and Dr. Thien Tuong Minh Vu.

References

1. Inouye SK, Baker DI, Fugal P, H. BE. Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation and successes. *Journal of American Geriatrics Society*. 2006;48(12):1697-1706.
2. Waszynski CM. The confusion assessment method (CAM). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. 2007;13.
3. Ramaswamy R, Dix EF, Drew JE, Diamond JJ, Inouye SK, Roehl BJ. Beyond grand rounds: a comprehensive and sequential intervention to improve identification of delirium. *Gerontologist*. 2011;51(1):122-131.
4. Registered Nurses' Association of Ontario[RNAO]. Dépistage du délire, de la démence et de la dépression. Supplément à la ligne directrice. 2003. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_DDD_Scr_Fre_updated.pdf. Accessed January 12, 2014.
5. National Guideline Clearinghouse. Acute confusion/delirium guidelines. 2009; <http://www.guideline.gov>. Accessed November 28, 2013.
6. National Institute for Health Care Excellence[NICE]. Delirium: Diagnosis, prevention and management. NICE.2010.
7. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, et al. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(4):685-689.
8. Wei LA, Fearing M. A., Sternberg, E., & Inouye, S. K. The confusion assessment method (CAM): A systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(5):823-830.
9. Waszynski CM, K. P. Nurse's evaluation of the confusion assessment method. *Journal of Gerontological Nursing*. 2008;34(4):49-56.
10. Steis MR, Fick DM. Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of Gerontological Nursing*. 2008;34(9):40-48.
11. Fick DM, Foreman M. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*. 2000;26(1):30-40.
12. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Hayes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*. 1995;153(10):1423-1431.
13. Flagg B, Cox L, McDowell S, Mwose JM, Buelow JM. Nursing identification of delirium. *Clin Nurse Spec*. 2010;24(5):260-266.

14. Lacko L, Bryan Y, Dellasega C, Salerno F. Changing Clinical Practice through Research: The Case of Delirium. *Clinical Nursing Research*. 1999;8(3):235-250.
15. Law T, Leistikow N, Hoofring L, Krumm S, Neufeld K, Needham D. A survey of nurses' perceptions of intensive care delirium screening checklist. *Canadian Association of Critical Care Nurses*. 2012;23(4):18-24.
16. Meako ME, Thompson HJ, Cochrane BB. Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthop Nurs*. 2011;30(4):241-248.
17. Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID, Digel Vandyk A, Keeping-Burke L. Turning knowledge into action at the point-of-care: The collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*. 2013;10(3):129-139.
18. Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *Am J Crit Care*. 2012;21(1):e1-11.
19. Prior M, Guerin M, Grimmer-Sommers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies-a synthesis of systematic reviews. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008;14(10):888-897.
20. Scott P, McIlveney F, Mallice M. Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(2):96-102.
21. Rapp C, LL O, Tripp-Reimer T, et al. Training of acute confusion resource nurses. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001;27(4):34-40.
22. Milisen K, Foreman M, Abraham I, et al. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of American Geriatrics Society*. 2001;49:523-532.
23. Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. Implementation of Clinical Practice Guidelines. 2012. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf. Accessed January 12, 2014.
24. National Institute for Health Care Excellence[NICE].How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. *NICE*. 2007.
25. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (review). *The Cochrane Library*. 2010;3.
26. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior – An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*. 2001;39(8 Supplement 2):II2-II45.

27. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13-24.
28. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2009;64:6-10.
29. Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM]. OPTIMAH-Le délirium chez la personne âgée-À l'intention du personnel soignant. In: CHUM, ed. Montréal, Canada: CHUM; 2009.
30. Laplante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet M-A. Confusion Assessment method. Validation d'une version française. *Perspectives infirmières.* 2005;3(1):12-22.
31. Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM]. Soins du patient atteint d'un délirium ou à risque de l'être. *Guide clinique.* Montreal, Canada: CHUM; 2014:12.
32. Ministère de la Santé et des services sociaux[MSSS]. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence. In: MSSS, ed. Québec 2011:205. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>. Accessed January 12, 2014.
33. Devlin J, Marquis F, Riker R, et al. Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care.* 2008;12.
34. Soja SL, Pandharipande PP, Fleming SB, et al. Implementation, reliability testing, and compliance monitoring of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in trauma patients. *Intensive Care Med.* 2008;34(7):1263-1268.
35. Doherty EJ, Harrison MB, Baker C, Graham ID. Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. *Implementation Science.* 2012;7(9):9-20.
36. Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management.* 2008;16:266-274.
37. Morrow J, Rogers EM. Implementing routine delirium screening and initial management in a critical care setting. *Dynamics of Critical Care.* 2012;23(2).

Discussion

Dans cette section, nous discuterons dans un premier temps de l'atteinte des objectifs de stage. Puisque la discussion sur les résultats du projet est couverte dans l'article, nous reprenons certains éléments dans un deuxième temps et finalement, nous terminerons par des recommandations pour la pratique infirmière.

Le projet de stage effectué consistait à valider des stratégies de TC et leur combinaison pour le dépistage et la prévention du délirium par les infirmières. L'atteinte des quatre objectifs a permis la réalisation du but. L'originalité du stage reposait sur la combinaison et la fréquence des stratégies de TC proposées afin d'accroître l'utilisation du *CAM*, et donc, par le fait même, la prévention et le dépistage du délirium.

Atteinte des objectifs de stage

En effectuant une recension des écrits, il a été possible de dégager des stratégies gagnantes pour un transfert de connaissances et par la suite, de les tester dans un environnement de soins aigus, permettant ainsi l'atteinte du premier objectif. Contrairement aux études recensées, ce projet visait l'évaluation de la portée de chacune des stratégies, et pas seulement la combinaison de ses stratégies. En ce qui concerne le deuxième objectif, les participantes ont rapporté que la combinaison de toutes les stratégies a contribué à l'application des meilleures pratiques en ce qui concerne le dépistage et la prévention du délirium. De plus, il semble qu'elles aient été en mesure de pousser leur réflexion plus loin

afin d'identifier les stratégies qui ont été les plus efficaces selon elles, et de proposer non seulement une combinaison de stratégies, mais également un ordre dans lequel elles devraient être réalisées.

Tout au long du déroulement du stage, les participantes ont été soutenues par l'entremise de ressources humaines et documentaires. Que ce soit par la présence de la ressource afin de les coacher ou répondre à leurs questions, ou en leur montrant l'endroit où trouver les ressources documentaires, les infirmières ont apprécié ce soutien pour le développement de leurs compétences. Elles seraient également prêtes à agir comme personne-ressource pour leurs collègues et que les outils et ressources auxquels elles ont accès leur permettront de poursuivre leur développement professionnel au niveau du dépistage et de la gestion du délirium. De plus, un guide pratique et rapide de consultation a été élaboré afin de les soutenir davantage dans le développement de leurs compétences d'évaluation, ce qui répond au troisième objectif. Ce guide fut un succès auprès des infirmières qui ont mentionné s'en servir comme aide-mémoire avant d'évaluer un patient à risque de délirium; elles souhaitent que ce guide soit accessible à toutes leurs collègues infirmières dans l'établissement.

Finalement, une fois le stage complété et les données analysées, deux rencontres avec des gestionnaires de l'unité, des spécialistes en soins aux personnes âgées et de la formation ont été rencontrées afin de leur faire part des résultats et d'émettre des recommandations dans le but de rehausser la pratique à ce niveau. Ceci répondait donc au quatrième objectif.

Ce stage fut enrichissant tant au niveau des retombées qu'au niveau du développement professionnel de l'étudiante. En effet, la planification et la préparation à relever les défis de ce

projet ont permis un enrichissement au niveau des connaissances et habiletés en transfert de connaissances dans un milieu clinique, mais également au niveau de la rigueur qu'exige la gestion de projet. Les multiples défis qui se sont présentés ont exigé une flexibilité et de la créativité de la part de l'étudiante afin de le mener à terme.

Toutes les étapes du projet ont également contribué au développement continu des compétences requises pour une pratique infirmière avancée (Hamric, Spross & Hanson, 2007) qui ont toutes été nécessaires à la réalisation du stage.

Recommandations pour la pratique infirmière

Considérant les ressources nécessaires pour la mise en place de la combinaison de stratégies identifiées comme efficaces par les participantes, il semble difficile de reproduire ce projet sous le même format, selon le contexte variable des différentes organisations, en ce qui concerne les ressources financières et humaines disponibles. Toutefois, il serait gagnant de former des super utilisateurs ou des agents de changements, qui pourraient par la suite agir à titre de personne ressource pour leurs équipes. Ceci pourrait non seulement valoriser ces infirmières, mais également assurer une pérennité du changement et de l'application des lignes directrices sur le dépistage du délirium. De plus, comme démontré par les résultats de ce projet, soutenu par la littérature, il est essentiel d'avoir recours à une combinaison de stratégies de TC afin d'optimiser la pérennité du changement et de miser sur des stratégies qui sont efficaces, tels le coaching et le modèle de rôle.

Également, considérant le nombre croissant de personnes âgées qui fréquentent les hôpitaux, et de toutes les répercussions possibles du délirium, il s'avère gagnant d'investir dans la formation des infirmières afin de mieux dépister le délirium, le prévenir et le gérer. Il y aurait également intérêt à ce qu'un changement au niveau du mode de formation préconisé soit effectué dans les institutions d'enseignement, et de mettre davantage d'emphasis sur le volet du développement des compétences d'évaluation que des compétences techniques.

Finalement, tel qu'illustré par les résultats du projet et préconisé dans le modèle du *Knowledge to action* (Graham et al, 2006), il importe de consulter les infirmières afin de s'assurer de mettre les bons outils dans le bon format à la disposition de l'infirmière, ainsi que des stratégies de TC adaptés au milieu. Il semble en effet important de prendre en considération qu'elles sont les utilisatrices des résultats de la recherche.

Conclusion

Avec l'accroissement de la population âgée qui visite les centres hospitaliers, le risque de développer un délirium lors d'un épisode de soins et les complications pouvant en découler, est une problématique qui mérite de s'y attarder. Il s'avère essentiel de porter attention au développement des compétences des infirmières qui soignent cette clientèle, en ce qui a trait au dépistage, à la prévention ainsi qu'à la gestion du délirium.

Les résultats de ce projet contribuent à l'avancement des connaissances en lien avec les stratégies de TC efficaces, relatives au dépistage, à la prévention et à la gestion du délirium. Trop souvent, la formation à elle seule est utilisée afin de promouvoir un changement de pratique. Cependant, comme démontré par les résultats de ce projet, une combinaison de stratégies de TC, soit la formation, le modèle de rôle et le soutien, semble promouvoir l'acquisition de connaissances et le développement de compétences chez les infirmières. De plus, en leur fournissant la formation, le soutien nécessaire et les ressources documentaires, tel un guide pratique et détaillé des critères du CAM, il semble possible pour les infirmières de poursuivre le développement de leurs compétences en regard de l'évaluation, et ainsi, contribuer à l'amélioration de la qualité des soins prodigués à la clientèle âgée.

Références

- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario [AIIO] (2012). Implementation of Clinical Practice Guidelines: seconde edition. Toolkit. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf, consulté le 12 janvier 2014.
- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario [AIIO] (2003). Dépistage du délire, de la démence et de la dépression. Supplément à la ligne directrice. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_DDD_Scr_Fre_updated.pdf, consulté le 12 janvier 2014.
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (review). *The Cochrane Library*, 3.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2014). Chapitre du guide clinique intitulé « Soins du patient atteint d'un délirium ou à risque de l'être ». Document non publié.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2014). Données statistiques 2012-2013 des archives médicales. Document non publié, CHUM, Montréal.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2009). OPTIMAH « Le délirium chez la personne âgée- à l'intention du personnel soignant ». Montréal, Canada : CHUM.
- Devlin, J., Marquis, F., Riker, R., Robbins, T., Fong, J., Didomenico, D., & Skrobik, Y. (2008). Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care*, 12. doi: 10.1186/cc6793
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Baker, C., & Graham, I. D. (2012). Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. *Implementation Science*, 7(9), 9-20.
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Graham, I. D., Digel Vandyk, A., & Keeping-Burke, L. (2013). Turning knowledge into action at the point-of-care: The collective experience

- of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 129-139.
- Fick, D. M., & Foreman, M. (2000). Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(1), 30-40.
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24(5), 260-266. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Gesin, G., Russell, B. B., Lin, A. P., Norton, H. J., Evans, S. L., & Devlin, J. W. (2012). Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *American Journal of Critical Care*, 21(1), e1-11. doi: 10.4037/ajcc2012605
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47
- Grimshaw JM, Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L, & O'Brien, M. (2001). Changing provider behavior – An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8 Supplement 2), II2-II45.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2007). Advanced practice nursing. An integrative approach (4th ed.). Saint-Louis: Elsevier Saunders.
- Inouye, S. K., Baker, D. I., Fugal, P., & H., B. E. (2006). Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation and successes. *Journal of American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Lacko, L., Bryan, Y., Dellasega, C., & Salerno, F. (1999). Changing Clinical Practice through Research: The Case of Delirium. *Clinical Nursing Research*, 8(3), 235-250. doi: 10.1177/105477389900800304
- Laplanche, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., & Ouimet, M-A. (2005). Confusion Assessment Method. Validation d'une version française. *Perspective infirmière*, 3(1), 12-22.

- Law, T., Leistikow, N., Hoofring, L., Krumm, S., Neufeld, K., & Needham, D. (2012). A survey of nurses' perceptions of intensive care delirium screening checklist. *Canadian Association of Critical Care Nurses*, 23(4), 18-24.
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of American Geriatrics Society*, 54(4), 685-689. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00667.x
- Marchionni, C., & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management*, 16, 266-274.
- Meako, M. E., Thompson, H. J., & Cochrane, B. B. (2011). Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthopedic Nurses*, 30(4), 241-248. doi: 10.1097/NOR.0b013e3182247c2b
- Milisen, K., Foreman, M., Abraham, I., De Grest, S., Godderis, J., Vandermeuleun, E., Broos, P. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 523-532.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence, Québec, MSSS, 205p. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>, consulté le 12 janvier 2014.
- Morrow, J., & Rogers, E. M. (2012). Implementing routine delirium screening and initial management in a critical care setting. *Dynamics of Critical Care*, 23(2).
- National Guideline Clearinghouse (2009). Acute confusion/delirium guidelines. Repéré à <http://www.guideline.gov>, consulté le 28 novembre 2013.
- National Institute for Health Care Excellence [NICE] (2007). How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health Care Excellence [NICE] (2010). Delirium: Diagnosis, prevention and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Hayes, R. B. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423-1431.

- Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Sommers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies-a synthesis of systematic reviews. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(10), 888-897.
- Ramaswamy, R., Dix, E. F., Drew, J. E., Diamond, J. J., Inouye, S. K., & Roehl, B. J. (2011). Beyond grand rounds: a comprehensive and sequential intervention to improve identification of delirium. *Gerontologist*, 51(1), 122-131. doi: 10.1093/geront/gnq075
- Rapp, C., LL, O., Tripp-Reimer, T., Mobily, P., Wakefield, B., Kundrat, M., Waterman, J. (2001). Training of acute confusion resource nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4), 34-40.
- Scott, P., McIlveney, F., & Mallice, M. (2013). Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive Critical Care Nurse*, 29(2), 96-102. doi: 10.1016/j.iccn.2012.09.001
- Soja, S. L., Pandharipande, P. P., Fleming, S. B., Cotton, B. A., Miller, L. R., Weaver, S. G., . . . Ely, E. W. (2008). Implementation, reliability testing, and compliance monitoring of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in trauma patients. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1263-1268. doi: 10.1007/s00134-008-1031-x
- Steis, M. R., & Fick, D. M. (2008). Are nurses recognizing delirium? A systematic review. *Journal of gerontological nursing*, 34(9), 40-48.
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2009). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 6-10. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.08.016
- Waszynski, C. M. (2007). The confusion assessment method (CAM). *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 13.
- Waszynski, C. M., & K., P. (2008). Nurse's evaluation of the confusion assessment method. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(4), 49-56.
- Wei, L. A., Fearing M. A., Sternberg, E., & Inouye, S. K. (2008). The confusion assessment method (CAM): A systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823-830.

ANNEXE A : Affiche pour présentation du projet



**Dépister le délirium
pour agir rapidement**

©Microsoft Online, 2014

Séances d'information pour participer à un projet de maîtrise et améliorer vos compétences sur le dépistage du délirium

(*Formation accréditée et heures rémunérées pour participation au projet)

Projet : *Interventions infirmières de stratégies de transfert de connaissances pour prévenir et dépister le délirium chez la clientèle âgée*

Pour qui : *Infirmières sur les trois quarts de travail*

Quand :

Quart de nuit	Quart de jour	Quart de soir
Jeudi 25 septembre 8h15	Lundi 22 septembre 14h	Lundi 22 septembre 15h30
Lundi 29 septembre 8h15	Lundi 29 septembre 14h	Mercredi 24 septembre 15h30

Durée : *15 minutes*

Où : *Salle des stagiaires ou poste des infirmières*

Pour information : *Joumana Fawaz, inf., M. Sc. inf. (étud.)*

Un petit goûter sera servi. Au plaisir de vous y rencontrer!

ANNEXE B : Formulaire de consentement



Formulaire d'information et de consentement

Stratégies de transfert de connaissances concernant l'utilisation d'un outil de dépistage du délirium et des interventions infirmières s'y rattachant.

Étudiante-chercheuse: Joumana Fawaz, inf., M.Sc. (étud.)
Conseillère en soins spécialisés par intérim, Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Étudiante de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheuse responsable: Sylvie Dubois, inf., Ph.D. (Directrice du travail de stage)

Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles, Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC), CHUM

Collaborateur: Marielle Roy

Directrice adjointe-DSI-RC, CHUM

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières parce que vous travaillez au XXXXXXXXXX. Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse, qui est une infirmière, afin

de clarifier ce qui n'est pas clair pour vous. Si vous décidez de participer, nous vous demandons de signer ce formulaire et une copie vous sera remise.

NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Le délirium se caractérise par un état mental anormal et qui apparaît subitement. Il est causé par les conséquences physiologiques d'un problème de santé, mais peut être réversible s'il est détecté et pris en charge rapidement. Les conséquences du délirium peuvent être graves et même entraîner la mortalité, d'où l'importance du dépistage. Puisque les signes et symptômes du délirium sont souvent associés au vieillissement normal de la population ou confondus à ceux de la démence, le délirium est souvent sous-dépisté. Il existe des outils validés et fiables qui peuvent aider à dépister le risque de délirium ou un délirium. Au CHUM, nous utilisons l'outil appelé *Confusion Assessment Method*(CAM). Nous constatons que malheureusement cet outil est peu connu des infirmières et qu'il y a un manque de connaissances sur son usage. Le but principal de ce projet mené par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention de son grade de maîtrise, sous la supervision de la chercheuse responsable, vise à favoriser la prévention et le dépistage du délirium par les infirmières selon des stratégies de transfert de connaissances (TC) pour la prévention et le dépistage du délirium. Les stratégies retenues pour ce projet de recherche devraient favoriser l'apprentissage des infirmières ainsi que le développement de leur compétence en lien avec le dépistage et la prévention du délirium et l'utilisation du *CAM*.

Dans le cadre de ce projet, l'étudiante-chercheuse souhaite :1) Identifier les stratégies gagnantes de TC pour soutenir les infirmières de médecine-chirurgie dans l'utilisation du *CAM* chez les patients âgés en soins aigus, 2) Identifier la combinaison de stratégies de TC qui permettra un maintien des lignes directrices, et 3) Outiller les infirmières pour mieux cibler les interventions à mettre en application suite à l'utilisation de l'outil de dépistage.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET SUJETS À L'ÉTUDE

Neuf (9) participantes, toutes infirmières, seront recrutées sur les trois (3) par quart de travail (jour/soir/nuit).

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Après les rencontres café-causerie qui ont permis à l'étudiante-chercheuse de présenter son projet aux infirmières de votre unité, votre intérêt à participer au projet a été sondé.

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à participer à toutes les activités suivantes :

- Répondre à un court questionnaire portant sur les connaissances du délirium et son dépistage. Ce questionnaire devra être complété avant de commencer n'importe laquelle des activités qui suivent.
- Lire des documents avant la formation, qui portent sur le délirium, le dépistage et les interventions préventives, en dehors de votre temps de travail.
- Assister à une formation sur les signes et symptômes du délirium, le dépistage, l'utilisation du *CAM*, les interventions préventives et la documentation clinique d'une durée de 90 minutes, en dehors de votre temps de travail. Lors de cette formation qui sera donnée par l'étudiante-chercheuse, vous formerez des petits groupes de deux à quatre infirmières participantes.
- Assister à trois (3) séances de *role-modelling*, d'une durée d'environ 20 à 30 minutes, sur le temps de travail. Le *role-modelling* consiste à démontrer par l'exemple, la pratique à suivre. Lors de ces séances qui seront effectuées par l'étudiante-chercheuse, il sera question de procéder au dépistage du délirium d'un de vos patients en utilisant le *CAM*. Par la suite, il sera question de documenter l'évaluation et le constat dans les différents outils cliniques. Il se peut que vous soyez deux infirmières participantes du même quart de travail à assister en même temps.
- Assister à trois (3) séances de *coaching*/soutien, d'une durée d'environ 20 à 30 minutes, sur le temps de travail. Le *coaching* est de l'accompagnement et du soutien personnalisé, afin de vous soutenir dans l'acquisition de compétences en lien avec le dépistage du délirium et l'utilisation du *CAM*. Lors de ses séances, vous serez seule avec l'étudiante-chercheuse.
- Compléter le journal de bord, après chacune des stratégies de transfert de connaissances que sont la formation, le *role-modelling* et le *coaching*.
- Répondre à un court questionnaire portant sur le délirium et son dépistage. Ce questionnaire devra être complété suite à la réalisation de toutes ces activités.
- Participer à un groupe de discussion d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, avec d'autres infirmières qui ont participé au projet. Cet entretien pourrait avoir lieu sur votre temps de travail ou à l'extérieur de votre temps de travail. La rencontre aura lieu dans une salle, sur l'unité, ou près de l'unité de soins et sera enregistrée.

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET INCONFORT

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconvénients, comme prendre de votre temps en dehors de vos heures de travail. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant le groupe de discussion peut représenter un inconvénient pour certaines participantes. Vous pouvez cesser de participer au projet, notamment aux discussions de groupe à tout moment.

Avantages

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et à l'amélioration des soins et des services.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire; vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse responsable du projet. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre travail, votre relation avec votre supérieur, votre évaluation de rendement ou sur le suivi de vos activités par la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles du CHUM.

L'étudiante-chercheuse, la chercheuse responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche du CHUM peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche tous les renseignements que vous aurez fournis dans le cadre de votre participation (réponses aux questionnaires, notes du journal de bord, enregistrement des discussions de groupe).

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée séparément par l'étudiante-chercheuse.

L'étudiante-chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé pendant sept (7) ans

au maximum par l'étudiante-chercheuse dans un classeur dans son bureau au CHUM. Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Cette personne adhère à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet, dans un répertoire à part, conservé et maintenu par l'étudiante-chercheuse responsable.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse responsable du projet ou l'établissement détienne cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à une partie de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

FINANCEMENT DU PROJET

La chercheuse responsable et l'étudiante ont reçu une subvention du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et de la DSI du CHUM. Cette subvention servira à couvrir les frais encourus par ce projet.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude pourront être à votre disposition sur demande, après la fin du projet de maîtrise de l'étudiante-chercheuse. La demande devra être faite par écrit auprès d'elle. Un retour à l'équipe de soins sera effectué après la fin du projet, ainsi qu'une diffusion à travers le CHUM, lors de séances sur l'heure du repas.

Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse :

Joumana Fawaz, inf., M.Sc. (étud.)

Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal et Direction des soins infirmiers et des regroupements-clientèles, CHUM

Vous pouvez également communiquer avec la chercheuse responsable :

Sylvie Dubois, inf., Ph.D.

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles, Direction des soins infirmiers, CHUM

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participante à une étude de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUM

Surveillance des aspects éthiques

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre du projet: **Stratégies de transfert de connaissances concernant l'utilisation d'un outil de dépistage du délirium et des interventions infirmières s'y rattachant.**

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

Nom (en lettres moulées)	Signature de la participante	Date
--------------------------	------------------------------	------

Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de l'étudiante-chercheuse, responsable du projet de recherche.

Je, soussignée, ai expliqué de façon complète les détails de cette étude à la participante dont le nom apparaît ci-dessus et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées.

Nom (en lettres moulées)	Signature de la personne	Date
--------------------------	--------------------------	------

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante.

Nom(en lettres moulées)	Signature de l'étudiante-chercheuse	Date
-------------------------	-------------------------------------	------

Nom(en lettres moulées)	Signature de la chercheuse responsable	Date
-------------------------	--	------

ANNEXE C : Questionnaire pré-intervention

Projet « Interventions infirmières de stratégies de transfert de connaissances pour prévenir et dépister le délirium »

Questionnaire pré-intervention

Merci de bien vouloir répondre aux informations suivantes

Par la suite, **veuillez l'acheminer** à Mme Joumana Fawaz par courrier interne, dans l'enveloppe fournie et pré-adressée. Les réponses demeureront strictement confidentielles et seront anonymisées, afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos réponses.

Données sociodémographiques

1. Âge _____
2. Sexe _____
3. Niveau de scolarité _____
4. Années d'expérience _____
5. Années d'expérience **sur l'unité** _____

Questions sur le dépistage du délirium (UNE SEULE réponse possible par question).

1. Je possède suffisamment de connaissance pour dépister, prévenir et gérer le délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
2. Je suis à l'aise de faire le dépistage du délirium auprès de mes patients
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
3. Je procède PRINCIPALEMENT au dépistage du délirium à l'aide de
 - a. Mon jugement clinique
 - b. La collecte de données (évaluation initiale)
 - c. Le *CAM*
 - d. Je ne fais pas de dépistage

4. Je connais l'outil de dépistage du délirium utilisé au CHUM, soit le *Confusion assessment method (CAM)*
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
5. Je sais comment utiliser l'outil de dépistage du délirium utilisé au CHUM, soit le *CAM*
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
6. Je me sens à l'aise d'utiliser le *CAM* pour le dépistage du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
7. J'utilise le *CAM*
 - a. Pour tous les patients
 - b. Pour tous les patients âgés de 65 ans et plus
 - c. Pour chaque patient à risque de délirium dépisté lors de l'admission
 - d. Je n'utilise pas le *CAM*
8. Je crois que mon évaluation du risque de délirium est adéquate et ce, peu importe le moyen utilisé
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
9. Je connais les signes et symptômes du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
10. Je connais les interventions préventives du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

11. Je me sens à l'aise d'utiliser les interventions préventives du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

12. J'utilise les outils cliniques mis à ma disposition pour le dépistage, la prévention et la gestion du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

13. Je sais où retrouver les outils cliniques pour le dépistage, la prévention et gestion du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

14. Je crois que mon rôle d'infirmière est important dans le dépistage, la prévention et la gestion du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

15. Je crois que le délirium est une urgence médicale et que l'on doit agir rapidement
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

16. Je crois qu'il est important d'être formé sur délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

17. J'ai déjà eu de la formation sur le délirium

a. Non

b. Oui, précisez: _____

18. J'ai déjà eu de la formation sur le *CAM*

a. Non

b. Oui, précisez : _____

ANNEXE D : Questionnaire post-intervention

Projet « Interventions infirmières de stratégies de transfert de connaissances pour prévenir et dépister le délirium »

Questionnaire post-intervention

Merci de bien vouloir répondre aux informations suivantes

Par la suite, **veuillez l'acheminer** à Mme Joumana Fawaz par courrier interne, dans l'enveloppe fournie et pré-adressée. Les réponses demeureront strictement confidentielles et seront anonymisées, afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos réponses.

Questions sur le dépistage du délirium (UNE SEULE réponse possible par question).

1. Je possède suffisamment de connaissance pour dépister, prévenir et gérer le délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
2. Je suis à l'aise de faire le dépistage du délirium auprès de mes patients
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
3. Je procède PRINCIPALEMENT au dépistage du délirium à l'aide de
 - a. Mon jugement clinique
 - b. La collecte de données (évaluation initiale)
 - c. Le *CAM*
 - d. Je ne fais pas de dépistage
4. Je connais l'outil de dépistage du délirium utilisé au CHUM, soit le *Confusion assessment method (CAM)*
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

5. Je sais comment utiliser l'outil de dépistage du délirium utilisé au CHUM, soit le *CAM*
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
6. Je me sens à l'aise d'utiliser le *CAM* pour le dépistage du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
7. J'utilise le *CAM*
 - a. Pour tous les patients
 - b. Pour tous les patients âgés de 65 ans et plus
 - c. Pour chaque patient à risque de délirium dépisté lors de l'admission
 - d. Je n'utilise pas le *CAM*
8. Je crois que mon évaluation du risque de délirium est adéquate et ce, peu importe le moyen utilisé,
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
9. Je connais les signes et symptômes du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
10. Je connais les interventions préventives du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord
11. Je me sens à l'aise d'utiliser les interventions préventives du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

12. J'utilise les outils cliniques mis à ma disposition pour le dépistage, la prévention et la gestion du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

13. Je sais où retrouver les outils cliniques pour le dépistage, la prévention et gestion du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

14. Je crois que mon rôle d'infirmière est important dans le dépistage, la prévention et la gestion du délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

15. Je crois que le délirium est une urgence médicale et que l'on doit agir rapidement
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

16. Je crois qu'il est important d'être formé sur délirium
 - a. Tout à fait d'accord
 - b. D'accord
 - c. Ni en accord ni en désaccord
 - d. Pas d'accord
 - e. Pas du tout d'accord

ANNEXE E : Journal de bord

Code :

MERCI DE RETOURNER LE JOURNAL
DE BORD DANS L'ENVELOPPE PRÉ-
ADRESSÉE QU'ON VOUS A REMISE

POUR PLUS DE COMMENTAIRES,
N'HÉSITEZ PAS À AJOUTER DES
PAGES -

TOUS LES COMMENTAIRES
SERONT ANONYMISÉS

*Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec
Joumana Fawaz*

JOURNAL DE BORD

Interventions infirmières de transfert de connaissances pour la prévention et le dépistage du délirium

Nous vous invitons à tenir un «journal de bord» au cours des six (6) prochaines semaines afin d'y noter ce que vous avez fait, vos observations, les difficultés que vous avez rencontrées (s'il y a lieu), vos propositions d'amélioration, vos sentiments, vos réactions, ce que vous avez appris et toutes informations que vous souhaitez nous transmettre.

Ce journal de bord servira à évaluer chacune des stratégies de transfert de connaissance utilisée lors du projet. Ce document sera d'un grand soutien afin d'identifier tant les stratégies gagnantes de transfert de connaissances que la combinaison gagnante pour le dépistage et la prévention du délirium.

Stratégie : Documentation écrite	
Utilité <i>Les documents remis étaient utiles?</i>	
Quantité et qualité <i>Les documents remis étaient suffisants, complets et facile de compréhension?</i>	
Influence sur ma pratique <i>L'information contenue dans les documents aura une influence sur ma pratique?</i>	
Référence future <i>Les documents me serviront comme référence future?</i> <i>Quels documents ?</i>	
Réflexions / questions	
Propositions d'amélioration	

Stratégie de TC : Formation	
Contenu adéquat <i>Le contenu était adéquat et complet?</i>	
Temps alloué adéquat <i>Le temps alloué était suffisant pour couvrir la matière?</i>	
Influence sur ma pratique <i>La formation aura une influence sur ma pratique?</i>	
Acquisition de nouvelles connaissances <i>La formation a facilité l'acquisition de nouvelles connaissances?</i>	
Réflexions / questions	
Propositions d'amélioration	

Stratégie de TC : Mise en situation	
Intégration des connaissances <i>La mise en situation a permis une intégration des connaissances acquises?</i>	
Influence sur ma pratique <i>La mise en situation aura une influence sur ma pratique?</i>	
Utilité <i>La mise en situation a facilité l'intégration des connaissances?</i>	
Temps alloué adéquat <i>Le temps alloué était suffisant pour travailler la mise en situation?</i>	
Réflexions / questions	
Propositions d'amélioration	

Stratégie de TC : Modèle de rôle/Role-modelling	
Influence sur ma pratique <i>La démonstration aura une influence sur ma pratique?</i> <i>Comment?</i>	
Intégration et application de connaissances <i>La démonstration a facilité l'intégration et l'application des connaissances?</i> <i>Comment?</i>	
Quantité adéquate (trois démonstrations) <i>Trois démonstrations ont été suffisantes pour m'aider à intégrer les connaissances?</i>	
Difficultés rencontrées	
Réflexions / questions	
Propositions d'amélioration	

Stratégie de TC : <i>Coaching/Soutien</i>	
Influence sur ma pratique <i>Le soutien aura une influence sur ma pratique?</i> <i>Comment?</i>	
Intégration et application de connaissances <i>Le soutien a facilité l'intégration et l'application des connaissances?</i> <i>Comment?</i>	
Quantité adéquate (trois séances de soutien) <i>Trois séances ont été suffisantes pour m'aider à intégrer les connaissances?</i>	
Difficultés rencontrées	
Réflexions / questions	
Propositions d'amélioration	

ANNEXE F : Guide du *Confusion Assessment Method* (CAM)

Aide-mémoire pour l'évaluation et le dépistage du délirium



Processus d'évaluation

Repérage des symptômes

R.A.D.A.R.
(Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine)
durant les soins,
par l'infirmière et l'infirmière auxiliaire



Dépistage du délirium

Confusion Assessment Method (CAM)
Au cours d'une évaluation délibérée,
par l'infirmière



Diagnostic du délirium

Au cours d'une évaluation
des symptômes selon le DSM-V,
par le médecin

© Voyer et al., 2014 - adapté CHUM, 2004 (avec permission)

Algorithme diagnostique du
Confusion Assessment Method (CAM)¹
 CAM positif si présence des critères 1 + 2 et 3 ou 4

Critères		Comment évaluer le patient et questions à poser
1 Début soudain et fluctuation des symptômes	<ul style="list-style-type: none"> Évidence de changement soudain de l'état mental comparé à l'état habituel 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que ce comportement anormal a fluctué durant la journée, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent, ou à augmenter et diminuer en intensité? Est-ce qu'il réagit différemment aux stimuli? La famille peut souvent vous aider à évaluer ces symptômes. Vous pouvez leur demander : <i>Est-ce que ce comportement est soudain et inhabituel?</i>
2 Inattention	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a de la difficulté à maintenir son attention, par exemple, il est facilement distrait ou il a de la difficulté à retenir ce qui a été dit Incapacité à suivre une conversation ou à suivre des consignes 	<ul style="list-style-type: none"> Devez-vous répéter sans cesse la même question? Le patient oublie rapidement ce qui vient de lui être dit et perd facilement le fil de ses idées. Par exemple, il continue de répondre à une question posée antérieurement ou commence à répondre à une question ou à faire le geste demandé et s'arrête subitement. <p>Pour évaluer l'attention, on peut aussi demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> de répéter ou de nommer une série de chiffres (ex. : numéro de téléphone); de compter à l'envers à partir de 10 ou 20 ou de 5 à 1; de nommer les jours de la semaine ou les mois de l'année à l'envers; d'épeler son nom à l'envers; d'épeler le mot « monde » à l'endroit et ensuite, à l'envers; de soustraire 20-3 et de continuer de soustraire 3.

¹ Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., et Ilievitz, R. I. (1990) Clarifying confusion : the confusion assessment method a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.

Critères (suite)		Comment évaluer le patient et questions à poser
3 Désorganisation de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> Sa pensée est désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique d'idées, ou passer d'un sujet à l'autre de façon imprévisible 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que le patient peut vous expliquer pourquoi il est à l'hôpital? (Porter une attention à la cohérence des événements) A-t-il de la difficulté à répondre à une question simple? Exemple de question simple : <ul style="list-style-type: none"> <i>Est-ce qu'une roche flotte?</i> Est-ce que ses réponses à vos questions ont du sens et sont cohérentes? Lorsqu'on lui pose une question, est-ce qu'il a de la suite dans les idées? Il faut juger le patient sur la construction de la réponse et non pas sur la qualité.
4 Altération de l'état de conscience	<ul style="list-style-type: none"> Degré de conscience du patient : alerte (normal), hyperalerte, léthargique (somnolent mais se réveille facilement), stupeur (difficile à réveiller) ou coma (impossible à réveiller) 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient est-il plus lent à réagir? Est-il plus difficile à réveiller? Est-il hyperalerte, c'est-à-dire qu'il réagit de façon excessive aux stimuli et sursaute facilement? *Tout autre état qu'alerte est un signe d'altération
CAM positif si présence des critères 1 + 2 et 3 ou 4		

Autres symptômes du délirium

Autres symptômes		Comment évaluer le patient et questions à poser
5 Désorientation	<ul style="list-style-type: none"> Le patient est désorienté à un certain moment de l'entrevue 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que le patient peut vous dire quel jour on est? La saison? L'année? L'endroit? Est-ce qu'il dit être ailleurs qu'à l'hôpital ou se trompe sur le moment de la journée?
6 Troubles mnésiques	<ul style="list-style-type: none"> Le patient est incapable de se souvenir d'événements qui sont arrivés à l'hôpital ou a de la difficulté à se rappeler les consignes données 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que le patient est capable de vous dire : <ul style="list-style-type: none"> ce qu'il a fait ce matin? ce qu'il a mangé au déjeuner ou au dîner? depuis combien de temps est-il à l'hôpital? quelles sont les circonstances qui ont mené à son hospitalisation?
7 Anomalies de perception	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a des illusions (erreurs d'interprétation) et des hallucination 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient fait-il une interprétation erronée d'une chose réelle? Le patient dit-il avoir vu quelque chose bouger alors que ce n'est pas le cas? Voit-il des choses qui ne sont pas là?
8 Agitation psychomotrice	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation inhabituelle de l'activité motrice du patient 	<ul style="list-style-type: none"> Au cours de l'entrevue, y a-t-il eu augmentation de l'activité motrice habituelle du patient? Cri? Agressivité? Est-ce qu'il était incapable de tenir en place ou tapait-il des doigts? Est-ce qu'il changeait souvent et soudainement de position?
9 Ralentissement psychomoteur	<ul style="list-style-type: none"> Diminution inhabituelle de l'activité motrice telle une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement 	<ul style="list-style-type: none"> Au cours de l'entrevue, y a-t-il eu diminution de l'activité motrice habituelle du patient, telle une lenteur ou un regard fixe? Est-ce qu'il est resté dans la même position pendant un long moment? Est-ce qu'il se déplaçait très lentement?
10 Perturbation du rythme veille-sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Changement évident dans le rythme éveil-sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que le patient présente une somnolence inhabituelle le jour et de l'insomnie la nuit?

Source : Adapté de Laplanté, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., & Quinnet, M-A. (2005). Confusion Assessment Method. Validation d'une version française. *Perspective infirmière*, 3(1), 12-22.

Évaluation si le CAM est positif

Si le CAM est positif, il s'agit peut-être d'un délirium.
Évaluer alors la présence des autres symptômes, soit ceux de 5 à 10 de l'encadré *Autres symptômes du délirium*,
et commencer la recherche des facteurs précipitants :

- Vérifier si les signes vitaux, la saturométrie digitale et le dernier bilan métabolique sont normaux.
- Vérifier la glycémie capillaire, si le patient est diabétique.
- Vérifier s'il y a des symptômes d'infection (toux, crachats, nausées, vomissements, etc.)
- Vérifier s'il y a eu des changements récents dans la médication, en particulier s'il s'agit d'un patient âgé, car plusieurs médicaments et dosages peuvent provoquer un délirium.
- Vérifier les signes neurologiques, y compris un problème de langage inhabituel pouvant suggérer une atteinte cérébrale de type AVC ou autres.
- Faire un examen physique sommaire et évaluer la présence de nouveaux symptômes physiques tels que la douleur, globe vésical, asymétrie des mouvements, ballonnement, etc.
- Vérifier le bilan liquidien et le fonctionnement intestinal.

**Communiquer rapidement au médecin
tout soupçon de délirium
et les résultats de l'évaluation infirmière**

Source : Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2014). Chapitre du guide clinique intitulé « Soins du patient atteint d'un délirium ou à risque de l'être ». Document non publié.

Principales interventions afin de prévenir le délirium

1. Éviter les changements de personnel ou de chambre.
2. Déceler les facteurs de risque de délirium de la personne dans les 24 heures.
3. Compenser les troubles cognitifs et la désorientation par un environnement sécurisant pour la personne (horloge et calendrier disponibles, activités de stimulation cognitive, présence de proches et d'objets familiers, etc.).
4. Assurer un apport nutritionnel et hydrique suffisant, ainsi que des fonctions intestinale et vésicale optimales.
5. Optimiser l'état d'oxygénation de la personne.
6. Prévenir et traiter les infections.
7. Mobiliser le patient dès que possible et maximiser l'autonomie et la mobilité. Éviter, sinon réduire au minimum la contention physique.
8. Réduire au minimum les interventions effractives. Éviter la sonde vésicale à demeure.
9. Corriger rapidement les déséquilibres métabolique et électrolytique.
10. Évaluer et traiter la douleur. Certains médicaments analgésiques peuvent provoquer le délirium, notamment chez la personne âgée. Le défi consiste à maîtriser la douleur par les interventions les plus sûres, par exemple en débutant par des analgésiques non opiacés ou par un opiacé à faible dose.
11. Prévenir et corriger la dénutrition.
12. Compenser les déficits sensoriels (lunettes, appareil auditif, amplificateur personnel de sons de type *Pocket Talker* disponible dans les unités de soins).
13. Éviter tant la privation que la surstimulation sensorielle.
14. Favoriser un sommeil adéquat par des mesures non pharmacologiques.
15. Éviter l'arrêt brusque de benzodiazépines, d'alcool ou d'opiacés.
16. Faire preuve de pharmacovigilance, en particulier chez la personne âgée.

Source : Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2014). Chapitre du guide clinique intitulé « Soins du patient atteint d'un délirium ou à risque de l'être ». Document non publié.

Références

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM] (2014). *Chapitre du guide clinique intitulé « Soins du patient atteint d'un délirium ou à risque de l'être »*. Document non publié.
- Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., et Horwitz, R. I. (1990) *Clarifying confusion : the confusion assessment method a new method for detection of delirium*. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., & Ouimet, M-A. (2005). *Confusion Assessment Method*. Validation d'une version française. *Perspective infirmière*, 3(1), 12-22.
- Voyer, P., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Champoux, N., Monette, J., & Savoie, M. (2014, mai). *RADAR : Un outil valide pour repérer les signes de delirium et applicable à la réalité clinique*. Communication orale présentée au 10^e congrès international francophone de gériatrie et gériatrie, Liège, Belgique.

Conceptrice

Joumana Fawaz

Collaborateurs

Sylvie Dubois

Nathalie Folch

Sylvie Lafrenière

Dr. Thien Tuong Minh Vu

Direction des soins infirmiers et
des regroupements clientèles



© CHUM, 2015

ANNEXE G: Critères de rédaction d'articles du *Journal of Continuing Education in the Health Professions*

JCEHP Instructions for Authors

Note: Authors should also refer to the pre-submission checklist found at the end of this document.

Scope and Mission

The Journal of Continuing Education in the Health Professions serves as a peer-reviewed forum for scholarly works addressing all aspects of continuing medical education (CME) and continuing professional development (CPD) for physicians, nurses, pharmacists, and other health care professionals. Closely allied fields such as knowledge translation and quality improvement are also of interest.

The journal serves three major audiences:

- Practitioners—those who administer, design, implement, and/or evaluate educational programs and other types of interventions aimed at facilitating learning, improving professional practice, and ultimately improving the quality of healthcare
- Researchers—those who engage in systematic inquiry to enhance theory and practice in CME/CPD and allied fields
- Policymakers—those who advocate for and create policies affecting CME/CPD and allied fields

It is expected that manuscripts will address one or more major topics of concern to theory and practice in the field of continuing education, including, but not limited to:

- Goals and purposes of CME/CPD
- Professionalism/ethics
- Educational policy and law
- Needs assessment
- Innovative educational programs and interventions
- Educational program planning, development and administration
- Instructional design and techniques (including instructional technology)
- Learning and behavior change (individual, team, organizational)
- Quality improvement/performance improvement
- Outcomes assessment and evaluation
- Educational research methods
- Trends and issues affecting the field of CPE/CPD

Authors who are uncertain about whether their manuscript falls within JCEHP's scope are encouraged to contact the Editor-in-Chief for more information at caolson2@wisc.edu.

Submission Types.

Types of manuscripts suitable for publication in JCEHP include the following. Maximum word limit is 3000 unless otherwise noted (see additional information under Formatting Requirements below.) All submissions other than editorials are double-blind peer-reviewed.

1. *Original research.* Quantitative, qualitative, mixed method
2. *Reviews.* Systematic reviews, realist reviews, critical assessments of the research literature
3. *Innovations.* Practical applications of new approaches to continuing education or novel applications of existing approaches. Must include an evaluation component that goes beyond participant reaction (eg., includes learning, competence, or behavior)
4. *Forum.* Issues, problems, and/or proposed solutions as they relate to the CPE/CPD field

5. *Foundations*. Theoretical, philosophical, or historical analyses. Of particular interest is the description, exploration, and/or evaluation of theoretical frameworks and methods from other fields for their applicability to CPE/CPD
6. *Methodology*. Research and evaluation approaches, new developments, critical issues
7. *Book reviews*. (by invitation or prior approval of Book Review Editor). Up to 650 words and 3 citations.

How to Organize and Submit Manuscript Materials

JCEHP uses the ScholarOne online manuscript submission system, which can be accessed at <http://mc.manuscriptcentral.com/chp>. A checklist of submission requirements may be found at the end of this document.

Manuscript materials should be organized as follows:

- **Title page:** Because ours is a double-blind review process, you must upload a separate title page containing author information, and this author information must not be included in the main document so that author anonymity can be maintained. The title page should also include the complete manuscript title, running head and any acknowledgements.
- **Main Document:** The main content of a manuscript including the manuscript title, abstract, key words, main body of the manuscript, lessons for practice, references, tables, exhibits, and legends for figures.
- **Figure:** An image file that depicts a graph, chart, drawing or photograph. Each figure should be a separate Word file and provide a brief, descriptive legend with a resolution of 300 dots per inch. All figures should be submitted in black and white or greyscale.
- **Additional Files for Review but NOT for Publication:** Files not intended for publication in any format but that provide valuable background or reference information, that are suitable for peer review.
- **Additional Files NOT for Review and NOT for Publication:** Files not intended for publication in any format and that provide valuable background or reference information, but are not intended for peer review.
- **Supporting Information for Review and Online Publication Only:** Material which would not be printed in the hard copy but would appear in the online version only, such as extensive data sets or video files.

In addition to materials submitted as files, the submission process requires that the following manuscript information be cut and pasted or entered directly into the online submission form:

- Abstract
- Cover Letter (optional)
- Information about potential conflicts of interest for all authors

Authorship

JCEHP employs the authorship criteria recommended in the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Individual authors

To be considered an author contributors must meet **all** of the following conditions: 1) substantial contributions to conception and design of the study, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual

content; and 3) final approval of the version to be published. Corresponding authors must attest that all authors listed on the manuscript meet these conditions.

Multicenter groups

When a large, multicenter group has conducted the work, the group should identify the individuals who accept direct responsibility for the manuscript. These individuals should fully meet the criteria for authorship defined above and will be asked to complete an author and conflict-of-interest disclosure form. When submitting a manuscript authored by a group, the corresponding author should clearly indicate the preferred citation and identify all individual authors as well as the group name. Other members of the group should be listed in the Acknowledgments.

Other considerations

- The acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group alone does not constitute authorship.
- All persons designated as authors should qualify for authorship, and all those who qualify should be listed.
- Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content.

Corresponding Author

For each manuscript, one author must be designated as the corresponding author (CA). The JCEHP editorial office will communicate only with the CA. In the event the authors wish to change the CA, a written request from the new CA and written consent from the original CA must be received.

Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgments section. Financial and material support should also be acknowledged. Because readers may infer their endorsement of the data and conclusions, these persons must give their permission to be acknowledged. Corresponding authors are responsible for obtaining permissions. Acknowledgements should be noted on the title page.

Conflicts of interest

When authors submit a manuscript, they are responsible for disclosing all financial and personal relationships that might bias their work. Authors must state explicitly whether potential conflicts do or do not exist. Potential conflicts must be identified for all authors at the time of submission.

Formatting Requirements

Manuscripts

All manuscripts should be provided in Microsoft Word file format. All parts of the manuscript, including the title page, abstract, tables, and legends should be typewritten in English and double-spaced. Allow margins of one inch (3 cm) on all sides of the typed pages. Number pages consecutively throughout the paper. Page size should be set to *US Letter*.

Most submissions may be up to 3000 words (15 text pages) *excluding* references, tables, and figures. As indicated under **Submission Types** above, Book Reviews have a limit of 650 words. Under exceptional consideration, longer articles may be published. Approval to exceed word limits should be obtained prior to submission (contact the Editor at caolson2@wisc.edu).

Title

All titles must be fewer than 20 words. Authors should supply a short version of the title, suitable for the running head and not exceeding 50 character spaces.

Authors

On a title page, include full names of authors, degrees, and other credentials such as fellowships and certifications; academic and/or other professional affiliations, as well as academic or professional titles.

Abstract

-Original Research, Reviews, and Innovations should be summarized in a structured abstract of not more than 250 words. The structured abstract should include four components: 1) the introduction, including the problem statement and purpose, 2) a statement of methods, describing how data were collected and managed, 3) a synopsis of results, and 4) a short discussion of the findings, including implications for practice.

-Submissions for Forum, Foundations, and Methodology sections should be summarized in an unstructured abstract of 250 words or less.

Key Words

Authors must supply from three to eight key words or phrases that identify the most important subjects covered by the paper. During the online submission process, authors will be prompted to enter key words. Key words are used to match manuscripts with peer reviewers, so care should be taken in their selection. Authors may choose key words from a list provided during the online submission process or provide their own. Key words must also be included in the main manuscript document and must match those entered during the online submission process.

NOTE: Authors are encouraged to give careful consideration to the content of titles and abstracts and their choice of key words. Electronic searches often rely on them.

Lessons for Practice

Every manuscript must include lessons learned for educational program planning, evaluation, or policy development. Each lesson is a single sentence summary of a finding. Lessons for Practice should be placed on their own page at the end of the main document, above the references, and may not exceed a total of 100 words. At publication, all lessons appear in a text box within the printed article.

References

JCEHP uses AMA style for references. Basic examples are provided below. For other types of references, please consult the *AMA Manual of Style, 10th Edition*. All references are to be numbered consecutively in the order of first mention and listed at the end of every paper. In the text, references should be cited consecutively by the corresponding superscript number. For direct quotations, page numbers should be included following the superscript number as illustrated in the example at the end of this sentence for reference #3, page 31.^{3(p31)} All papers that are published, in press, personal communications, and unpublished observations must be included. Abbreviations for journal titles should conform to those used in PubMed. Up to eight author names with initials should be provided in the reference listing.

▪ *Journal articles:* Fox RD. Using theory and research to shape the practice of continuing professional development. *J Contin Educ Health Prof.* 2000;20(4):238-246.

- **Books:** Dennett DC. *Freedom evolves*. New York, NY: Penguin Group; 2003.
- **Book Section:** Todd Z, Harrison SJ. Metaphor analysis. In: Hesse-Biber SN, Leavy P, eds. *Handbook of Emergent Methods*. New York, NY: The Guilford Press; 2008:479-493.
- **Internet Source (specific article):** National Library of Medicine. Fact Sheet: Medline. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>. Accessed January 7, 2005.
- **Internet Source (site):** American Board of Medical Specialties. Available at: <http://www.abms.org>. Accessed January 7, 2005.

Tables (placed after references)

Tables must be discussed or mentioned in the text and numbered in order of mention. Each table should have a brief descriptive title. Do not include explanatory material in the title: use footnotes, keyed to the table with superior lower-case letters. Place all footnotes to a table at the end of the table. Define all data in the column heads. Every table should be fully understandable even without references to the text. All tables must appear on separate pages at the end of the article, after the reference list; do not include them within the text.

Figures (separate file)

All figures must be discussed or mentioned in the text and numbered in order of mention. Each figure must be provided with a brief, descriptive legend. Legends for all figures must appear at the end of the main manuscript document. Explanatory material for abbreviations in the figure should be explained in the legend for the figure. Every figure should be fully understandable even without narrative in the text.

Figures should be submitted as individual Word files and not included in the manuscript. Microsoft PowerPoint files are not acceptable. Before insertion in the Word file, line art figures should be saved as .tif or .eps files at a minimum width of 3 inches (height will then vary) or 100% of size desired, with a resolution of 1200 dots per inch. Halftone photograph-type images should be saved as .tif or .eps files at a minimum width of 3 inches (height will then vary) or 100% of size desired, with a resolution of 300 dots per inch. All articles in JCEHP are published in black and white; accordingly, all figures should be submitted in black and white or greyscale.

Suggested Reviewers

Authors are required to provide the name and email address of at least one suggested reviewer who can provide an informed, arms-length assessment of the manuscript.

Simultaneous/duplicate submission and prior publication

Authors will be asked to attest that their manuscript has not been submitted to another journal, is not currently under consideration by another journal, and has not previously been published (oral or poster presentation at a conference and publication in abstract form do not constitute prior publication).

Prior submission and rejection

If the manuscript was previously submitted to JCEHP or another journal and rejected, authors will be asked to upload a copy of the original Rejection letter from the editor INCLUDING ALL editor/reviewer comments and an explanation of where and how you addressed those comments in the manuscript being submitted.

Supporting information

JCEHP allows submission of "Supporting Information" for online publication only. This information may take the form of text, graphics, slides, audio, video, and databases/spreadsheets. Go to <http://authorservices.wiley.com/bauthor/supinfo.asp> to access the Wiley-Blackwell guidelines for the submission of Supporting Information. If you wish to submit Supporting Information, please select the file designation "Supporting Information for review and online publication only" when uploading your files.

For additional information contact:

Sonya Wilhelmson
Editorial Assistant
Journal of Continuing Education in the Health Professions

Curtis Olson, PhD
Editor-in-Chief
Journal of Continuing Education in the Health Professions

JCEHP Pre-Submission Checklist

The *Journal of Continuing Education in the Health Professions* uses the ScholarOne online manuscript submission system, which can be accessed at <http://mc.manuscriptcentral.com/chp>. This checklist will help you prepare for the submission process. Submissions that fail to meet these guidelines may be returned to the authors.

Files ready for uploading:

- ☐ **Title page:** including
 - o title (maximum of 20 words)
 - o running head
 - o names of authors as they are to appear in the published article (author names and sequence MUST match information entered during the online submission process)
 - o name and contact information for the corresponding author
 - o degrees and other credentials such as fellowships and certifications
 - o academic and/or other professional affiliations
 - o academic or professional titles
 - o acknowledgements
- ☐ **Main document:** including
 - o title
 - o abstract (must match the abstract entered during the online submission process)
 - o keywords (must match the keywords entered during the online submission process)
 - o main body of the manuscript
 - o lessons for practice
 - o references
 - o tables
 - o legends for figures
- ☐ **Figures** including (each in a separate Word file)
 - o brief descriptive legend
 - o no color, black and white or greyscale only
 - o resolution of 300 dots per inch minimum
- ☐ **Additional files for review but NOT for publication** (eg, an *in press* paper by the authors that is cited in the manuscript)
- ☐ **Additional files NOT for Review and NOT for publication** (eg, a request to the editor that a colleague in the field not be considered as a reviewer)
- ☐ **Supporting Information for review and online publication only** (eg, a lengthy questionnaire used in a study)
- ☐ **Reviewer/editor comments from previously rejected version of the manuscript (if applicable)** including an explanation of how their comments were addressed in the current manuscript

Material ready for ready for cutting and pasting into the online submission system:

- ☐ Abstract
- ☐ Cover Letter (optional)
- ☐ Information about potential conflicts of interest for all authors

Information gathered for all authors:

- ☐ First and last name
- ☐ Email address

- ☐ Salutation (Dr, Ms, etc)
- ☐ Institutional affiliation
- ☐ City, State
- ☐ Country

All authors meet all of the following conditions:

- ☐ Made substantial contributions to conception and design of the study, acquisition of data, or analysis and interpretation of data
- ☐ Drafted the article or revised it critically for important intellectual content
- ☐ Gave their approval of the version being submitted

Titles:

- ☐ Main title is no more than 20 words
- ☐ Short title (running head) does not exceed 50 character spaces

Abstract:

- ☐ Included for original research, review, innovation, foundations, and methodology submissions
- ☐ Not more than 250 words
- ☐ If original research, review, or innovation submission, abstract structured in IMRaD format (introduction, methods, results, and discussion)
- ☐ If forum, foundations, or methodology submission, an unstructured abstract provided

Main document complete and organized as follows:

- ☐ Title
- ☐ Abstract
- ☐ Key words
- ☐ Main body of the manuscript
- ☐ Lessons for practice
- ☐ References
- ☐ Tables
- ☐ Exhibits
- ☐ Legends for figures
- ☐ No information that would identify the authors included

Document formatting:

- ☐ Main document is in Microsoft Word file format
- ☐ All parts of the main manuscript document including lessons for practice, references, tables, and legends are double spaced
- ☐ All page margins set at one inch (3 cm)
- ☐ Page size set to *US Letter*
- ☐ All pages are numbered consecutively
- ☐ Word count is no more than 3000 (approximately 15 text pages) excluding references, tables, and figures (except as otherwise indicated in *JCEHP Instructions for Authors*)

Lessons for Practice:

- ☐ Each lesson a single sentence summary of a finding
- ☐ Not more than 100 words total

References:

- ☐ Formatted in AMA style
- ☐ References are complete and accurate
- ☐ Abbreviations for journal titles conform to those used in PubMed

Tables

- ☐ All tables discussed or mentioned in the text and numbered in order of mention
- ☐ Each table has a brief descriptive title
- ☐ Explanatory material placed in footnotes, keyed to the table with superior lower-case letter
- ☐ All footnotes to a table placed at the end of the table.
- ☐ All data in the column heads defined or self explanatory

Figures: (separate file)

- ☐ All figures discussed in the text and numbered in order of mention
- ☐ A brief, descriptive legend for each is included in the main document
- ☐ All abbreviations in figures explained in the legend for the figure
- ☐ Prepared in black & white or greyscale (no color)
- ☐ Figures meet technical requirements identified in *Instructions for Authors*
- ☐ Figures saved in individual MS Word files and not included in the main document

Acknowledgements: (include on title page only)

- ☐ Include major contributors who did not meet the criteria for authorship
- ☐ Include financial and significant material support
- ☐ All persons mentioned have given their permission to be acknowledged

Misc:

- ☐ Authors have read and understand JCEHP's copyright policy (below)
- ☐ A corresponding author has been designated
- ☐ The name and email address of at least one preferred reviewer are available
- ☐ The following data have been collected from the manuscript:

Document statistics	
Word count (excluding abstract, references, tables, figures, acknowledgements)	
Number of manuscript pages (excluding abstract, references, tables, figures, acknowledgements)	
Number of tables	
Number of figures	

JCEHP COPYRIGHT POLICY:**A. COPYRIGHT**

1. The Contributor assigns to the Owners [The Alliance for Continuing Education in the Health Professions, The Society for Academic Continuing Medical Education, and The Association for Hospital Medical Education], during the full term of copyright and any extensions or renewals of that term, all copyright in and to the Contribution, including but not limited to the right to publish, republish, transmit, sell, distribute and otherwise use the Contribution and the material contained therein in electronic and print editions of the Journal and in derivative works throughout the

world, in all languages and in all media of expression now known or later developed, and to license or permit others to do so.

2. Reproduction, posting, transmission or other distribution or use of the Contribution or any material contained therein, in any medium as permitted hereunder, requires a citation to the Journal and an appropriate credit to Wiley as Publisher and the owners as holders of the copyright, suitable in form and content as follows: [Title of Article, Author, Journal Title and Volume/Issue] Copyright © [year] The Alliance for Continuing Education in the Health Professions, The Society for Academic Continuing Medical Education, and The Association for Hospital Medical Education, or copyright owner as specified in the journal.

B. RETAINED RIGHTS

Notwithstanding the above, the Contributor or, if applicable, the Contributor's Employer, retains all proprietary rights other than copyright, such as patent rights, in any process, procedure or article of manufacture described in the Contribution, and the right to make oral presentations of material from the Contribution.

C. PERMITTED USES BY CONTRIBUTOR

1. **Submission version.** The Owners license back the following rights to the Contributor in the version of the Contribution as originally submitted for publication:

- a. The right to self-archive on the Contributor's personal website, place in a subject matter archive, or in the Contributor's institution's/employer's institutional repository or archive. This right extends to both intranets and the Internet. The Contributor may not update the submission version or replace it with the published Contribution.
- b. The right to transmit, print and share copies with colleagues.

2. **Final Published Version.** The Owners hereby license back to the Contributor the following rights with respect to the final published version of the Contribution:

- a. Copies for colleagues. The personal right of the Contributor only to send or transmit individual copies of the final published version in any format to colleagues upon their specific request provided no fee is charged, and further-provided that there is no systematic distribution of the Contribution, e.g. posting on a listserve, website or automated delivery.
- b. Reuse in other publications. The right to reuse the final Contribution or parts thereof for any publication authored or edited by the Contributor where such reused material constitutes less than half of the total material in such publication. In such case, any modifications should be accurately noted.
- c. Teaching duties. The right to include the Contribution in teaching or training duties at the Contributor's institution/place of employment including in course packs, e-reserves, presentation at professional conferences, in-house training, or distance learning. The Contribution may not be used in seminars outside of normal teaching obligations (e.g. commercial seminars). Electronic posting of the final published version in connection with teaching/training at the Contributor's institution/place of employment is permitted subject to the implementation of reasonable access control mechanisms, such as user name and password. Posting the final published version on the open Internet is not permitted.
- d. Oral presentations. The right to make oral presentations based on the Contribution.

3. **Article Abstracts, Figures, Tables, Data Sets, Artwork and Selected Text** (up to 250 words).

- a. Contributors may re-use unmodified abstracts for any non-commercial purpose. For on-line uses of the abstracts, Wiley Periodicals, Inc. encourages but does not require linking back to the final published versions.

b. Contributors may re-use figures, tables, data sets, artwork, and selected text up to 250 words from their Contributions, provided the following conditions are met:

- I. Full and accurate credit must be given to the Contribution.
- II. Modifications to the figures, tables and data must be noted. Otherwise, no changes may be made.
- III. The reuse may not be made for direct commercial purposes, or for financial consideration to the Contributor.
- IV. Nothing herein shall permit dual publication in violation of journal ethical practices.

D. CONTRIBUTIONS OWNED BY EMPLOYER

1. If the Contribution was written by the Contributor in the course of the Contributor's employment (as a "work-made-for-hire" in the course of employment), the Contribution is owned by the company/employer which must sign this Agreement (in addition to the Contributor's signature), in the space provided below. In such case, the company/employer hereby assigns to the Owners, during the full term of copyright, all copyright in and to the Contribution for the full term of copyright throughout the world as specified in paragraph A above.

2. In addition to the rights specified as retained in paragraph B above and the rights granted back to the Contributor pursuant to paragraph C above, the Owners hereby grant back, without charge, to such company/employer, its subsidiaries and divisions, the right to make copies of and distribute the published Contribution internally in print format or electronically on the Company's internal network. Upon payment of the Publisher's reprint fee, the institution may distribute (but not resell) print copies of the published Contribution externally. Although copies so made shall not be available for individual re-sale, they may be included by the company/employer as part of an information package included with software or other products offered for sale or license. Posting of the published Contribution by the institution on a public access website may be done only with written permission from Wiley (as administrator of the copyright), and payment of any applicable fee(s).

E. GOVERNMENT CONTRACTS

In the case of a Contribution prepared under U.S. Government contract or grant, the U.S. Government may reproduce, without charge, all or portions of the Contribution and may authorize others to do so, for official U.S. Government purposes only, if the U.S. Government contract or grant so requires. (U.S. Government Employees: see note at end.)

F. COPYRIGHT NOTICE

The Contributor and the company/employer agree that any and all copies of the Contribution or any part thereof distributed or posted by them in print or electronic format as permitted herein will include the notice of copyright as stipulated in the Journal and a full citation to the Journal as published by Wiley.

G. CONTRIBUTOR'S REPRESENTATIONS

The Contributor represents that the Contribution is the Contributor's original work. If the Contribution was prepared jointly, each co-Contributor must sign a Copyright Transfer Agreement. The Contribution is submitted to this Journal only and has not been published before, except for "preprints" as permitted above. (If excerpts from copyrighted works owned by third parties are included, the Contributor will obtain written permission from the copyright owners for all uses as set forth in Wiley's permissions form or in the Journal's Instructions for Contributors, and show credit to the sources in the Contribution.) The Contributor also warrants that the Contribution

contains no libelous or unlawful statements, does not infringe on the rights or privacy of others, or contain material or instructions that might cause harm or injury.

Note:

A Contribution prepared by a U.S. federal government employee as part of the employee's official duties, or which is an official U.S. Government publication is called a "U.S. Government work," and is in the public domain in the United States. In such case, the employee may cross out Paragraph A.1 but must sign and return this Agreement. If the Contribution was not prepared as part of the employee's duties or is not an official U.S. Government publication, it is not a U.S. Government work.